

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE  
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

**ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ**

**ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ**

**VYUŽITÍ VYBRANÝCH KONCEPČNÍCH MODELŮ  
OŠETŘOVATELSTVÍ  
U KLIENTA S Dg. HUNTINGTONOVA NEMOC**

Bakalářská práce

Autor práce: **Jan Běhounek**

Vedoucí práce: **MUDr. Jana Židovská, CSc.**

Odborný konzultant pro ošetřovatelství: **Bc. Ivana Šlaisová**

2008

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE  
MEDICAL FACULTY OF HRADEC KRÁLOVÉ**

**INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE**

**DEPARTMENT OF NURSING**

**APPLICATION OF SELECTED CONCEPTUAL  
NURSING MODELS  
ON CLIENT WITH HUNTINGTON'S DISEASE**

Bachelor's thesis

Author: **Jan Běhounek**

Supervisor: **MUDr. Jana Židovská, CSc.**

Nursing advisor: **Bc. Ivana Šlaisová**

2008

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze .....

.....

(podpis)

## Poděkování

Tímto upřímně děkuji vedoucí mé bakalářské práce paní MUDr. Janě Židovské, CSc. za cenné postřehy a připomínky, které mi v průběhu zpracovávání této studie ochotně poskytovala.

Neméně důležité pro mě byly postřehy a připomínky paní Bc. Ivany Šlaisové, které tímto také mnohokrát děkuji.

Děkuji své manželce, svým dětem a i ostatním členům mé rodiny za obětavost, pomoc a toleranci, kterou mi v průběhu mých studií věnovali.



<b>OBSAH</b>	<b>Strana:</b>
<b>Úvod</b>	<b>8</b>
<b>1 Teoretická část</b>	<b>11</b>
1.1 Huntingtonova nemoc	11
1.1.1 Úvodní pojetí	11
1.1.2 Historické souvislosti	11
1.1.2.1 Tanec svatého Víta	11
1.1.2.2 První záznamy	12
1.1.2.3 George Huntington	13
1.1.2.4 Další vývoj	13
1.1.3 Základní charakteristika	14
1.1.4 Klinický obraz	14
1.1.4.1 Neurologické projevy	15
1.1.4.2 Psychické projevy	16
1.1.5 Klasifikace	18
1.1.5.1 Stádia Huntingtonovy nemoci	18
1.1.5.2 Formy Huntingtonovy nemoci	19
1.1.6 Diagnostika	20
1.1.6.1 Diferenciální diagnostika	20
1.1.6.2 DNA diagnostika	21
1.1.6.3 Předpovědní testování	23
1.1.6.4 Etické aspekty prediktivní diagnostiky	24
1.1.7 Podklad vzniku Huntingtonovy nemoci	24
1.1.8 Možnosti léčby, další terapie	25
1.1.8.1 Farmakoterapie	25
1.1.8.2 Fyzioterapie	25
1.1.8.3 Ergoterapie	26
1.1.8.4 Psychoterapie	26
1.1.8.5 Logopedie	26
1.1.8.6 Výživa a stravování	26
1.1.9 Ošetrovatelská péče	27

1.2 Koncepční modely v ošetrovatelství	28
1.2.1 Ošetrovateľské teórie a konceptní rámce	28
1.2.1.1 Výňatky z literatury	28
1.2.1.2 Aspekce konceptních teorií v ošetrovatelství	29
1.2.2 Konceptce dle Gordonové	33
1.2.2.1 Marjory Gordonová	33
1.2.2.2 Model fungujícího zdraví	33
1.2.2.3 Dvanáct vzorců zdraví	34
1.2.2.4 Resumé k modelu dle Gordonové	35
1.2.3 Konceptce dle Johnsonové	36
1.2.3.1 Dorothy E. Johnsonová	36
1.2.3.2 Model behaviorálních systémů	36
1.2.3.3 Sedm subsystémů/podsystémů	36
1.2.3.4 Resumé k modelu dle Johnsonové	38
1.2.4 Závěrečné shrnutí tématického bloku	38
<b>2 Empirická část</b>	<b>39</b>
2.1 Výzkumná sonda	39
2.1.1 Podnět k realizaci šetření	39
2.1.2 Zadání dotazníku	39
2.1.3 Zpracování sondy	40
2.1.3.1 Pracovní postup	40
2.1.3.2 Transfer do grafické podoby	41
2.1.3.3 Výstupy výzkumné sondy	46
2.2 Zpracování problému	47
2.2.1 Výzkumný problém	47
2.2.2 Výzkumný cíl	47
2.2.3 Metody výzkumu	48
2.2.4 Selektce výzkumného vzorku	50
2.2.4.1 Použití škál	50
2.2.4.2 Znázornění výsledku škálování	51

2.2.5 Využití koncepce dle Gordonové	52
2.2.5.1 Obecné seznámení s pracovním postupem	52
2.2.5.2 Standardizovaný postup při aplikaci modelu	53
2.2.5.3 Shrnutí	53
2.2.6 Výsledky výzkumu	54
2.2.6.1 Porovnávací kritéria	54
2.2.6.2 Číselná ilustrace kritérií	55
2.2.6.3 Výsledek	55
2.3 Příklady využití koncepce dle Johnsonové	56
2.3.1 Úvodem	56
2.3.2 Alternativní ukázky, situační kasuistiky	56
2.3.2.1 Situační kasuistika č. 1	56
2.3.2.2 Situační kasuistika č. 2	61
2.3.2.3 Situační kasuistika č. 3	66
2.3.3 Závěrečná úvaha	67
<b>Diskuze</b>	<b>68</b>
<b>Závěr</b>	<b>70</b>
<b>Anotace</b>	<b>71</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>73</b>
<b>Seznam zkratk</b>	<b>77</b>
<b>Seznam obrázků</b>	<b>80</b>
<b>Seznam grafů</b>	<b>81</b>
<b>Seznam tabulek</b>	<b>82</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>83</b>
<b>Přílohy</b>	<b>84</b>

## ÚVOD

Před nějakým časem jsem se v rámci své profese a svých studií setkal s bratry, kteří trpí Huntingtonovou nemocí. Měl jsem příležitost se s nimi seznámit, lépe je poznat a proniknout hlouběji do různých zákoutí jejich denního života, který je nemocí výrazně pozměněn. Pojal jsem za svou profesionální povinnost toto onemocnění hlouběji studovat a znalostí využít ku prospěchu svých klientů. Čím více jsem se o nemoci dočetl nebo i jinak dozvěděl, tím více mě „fascinovala“ jistá záhadnost a relativně málo zjištěných poznatků o této nemoci. Rostl tak můj zájem o uplatnění studií právě ku prospěchu klientů s tímto onemocněním.

Ošetrovatelství jako vědní obor je relativně mladou disciplínou. Ačkoliv splňuje veškerá kritéria pro akademický zájem, je stále ještě dosti podceňováno. Paradigma ošetrovatelství, postavené na koncepčních teoriích a modelech, má mnoho abstraktních podob, které mě opakovaně nutily k zamyšlení, zda je vůbec možné univerzální využití těchto osnov. Mnohokrát jsem studoval různé praktické ukázky v dostupné literatuře, mnohokrát jsem aplikoval jeden z modelů u různých klientů. Míru odlišnosti jsem však stále postrádal. Chybělo mi určité jasné, nejlépe číselně vyjádřené srovnání.

Rozhodl jsem se tedy pro spojení a využití výše uvedených témat, Huntingtonova nemoc a teorie ošetrovatelství, a využil je ke zpracování studie, kterou prostřednictvím bakalářské práce nabízím.

### Cíle práce

V teoretické části:

- Poodhalení a částečné seznámení s problematikou onemocnění, klasifikovaného v MKN 10 jako G10 Huntingtonova nemoc.
- Stručné proniknutí do teorie ošetrovatelství obecně.
- Schématický nástin vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství.
- Podrobnější studie koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové.
- Podrobnější studie koncepčního modelu ošetrovatelství dle Johnsonové.

V empirické části:

- Zmapování dosavadních zkušeností s využitím vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství ve zdravotnických zařízeních v České republice, resp. v nemalém jejich množství, a sice ve sledovaném období 09/2007 – 11/2007.
- Seznámení se záměrem a cíli výzkumu a s využitými metodami k jeho realizaci.
- Prezentace praktického využití některých škálovacích pomůcek k selekci klientů s diagnózou Huntingtonova nemoc do různých stádií tohoto onemocnění.
- Prezentace praktického využití koncepčního modelu dle Gordonové prostřednictvím kazuistik u vybraných klientů.
- Porovnání využitelnosti koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové u klientů s různou mírou soběstačnosti, schopností spolupráce a odlišnou úrovní kognitivních funkcí při stejné lékařské diagnóze, tedy Huntingtonově nemoci.
- Prezentace možného praktického využití koncepčního modelu dle Johnsonové prostřednictvím publikovaných kazuistik.

Proč právě tyto koncepční modely ošetrovatelství, tedy dle Gordonové a Johnsonové? Proč právě Huntingtonova nemoc? Proč právě využití škál k posouzení úrovně soběstačnosti a tedy i k selekci pacientů s HN? Proč právě porovnání využitelnosti koncepčního modelu?

Koncepční model dle Gordonové byl v českém zdravotnictví, v době zpracovávání této studie, nejvyužívanější teorií ošetrovatelství v praktické podobě. Tuto domněnku mi potvrdila výzkumná sonda představená v úvodu empirické části mé práce. Koncepce dle Johnsonové byla v popředí mého zájmu i dříve, neboť se zabývá problematikou chování jedince a má tak blízko k psychiatrickému ošetrovatelství. A právě psychiatrie je mou dlouholetou profesí.

Huntingtonova nemoc svým tragickým průběhem prochází určitými stádii, kdy se postupně mění jak úroveň kognitivních funkcí a schopnost sebepéče, tak i motorika, celková psychická a fyzická kondice, sociální prostředí a úroveň spolupráce nemocného. Onemocnění tak představuje jakýsi společný element, který lze využít pro aplikaci jednoho z koncepčních modelů a sice dle Gordonové.

Využívání škál v praktickém ošetrovatelství je trendem, který nabývá stále více na významu. Jde jednoznačně o prokazatelnou a dokumentovatelnou metodu, pomocí které lze mimo jiné sledovat kvalitu poskytované péče. Pro účely této práce bylo škálování významné ve smyslu selekce pacientů do různých stádií nemoci. Úroveň soběstačnosti je totiž hlavním selektivním parametrem Huntingtonovy nemoci. Svůj subjektivní odhad jsem považoval za nepostačující, ačkoliv měl rovněž své místo ve výběru „vhodných“ klientů.

Porovnání využitelnosti aplikovaného koncepčního modelu, v tomto případě dle Gordonové, je problémem, který mě zajímal po celou dobu mých studií ošetrovatelství. Nalézt kritéria, pomocí kterých by šlo poukázat na odlišnosti v praktickém využití tohoto modelu, bylo pro mě lákavé. Hledal jsem tedy metody, kterak lze tuto problematiku číselně vyjádřit a následně srovnávat. Způsob, který prezentuji v empirické části práce, nabízí možnou variantu, jak toho lze docílit.

Výše popsané ambiciózní teze pochopitelně vyvolávají určité pochybnosti. Není mým přáním tyto pochybnosti vyvracet. Mou snahou je upozornit na problém a nastínit možnost jeho řešení. Pokud však přimějí čtenáře k pouhému zamyšlení nad něčím, o čem práce pojednává, bude mít mé snažení smysl.

# **1 TEORETICKÁ ČÁST**

## **1.1 Huntingtonova nemoc (HN)**

### **1.1.1 Úvodní pojetí**

Existuje řada onemocnění, která nelze vyléčit. Už samotný tento fakt je pro postiženého, jeho okolí, ale i pro zcela nezaujatou veřejnost značně citlivý. Bizarní popularita posouvá některá tato onemocnění tzv. „na výsluní“, vzpomeňme na AIDS, Alzheimerovu demenci, roztroušenou sklerózu, Parkinsonovu nemoc nebo například Creutzfeld-Jacobsonovou chorobu. Méně známou, avšak rovněž krutě devastující a nevyléčitelnou nemocí je dědičná Huntingtonova nemoc.

Jde o neurodegenerativní onemocnění centrálního nervového systému, charakteristické mimovolními pohyby, tzv. choreou (obr. 1.1.2), demencí a autosomálně dominantním typem dědičnosti (Židovská, Havrdová, Flídr, 1996).

### **1.1.2 Historické souvislosti**

Dominantním projevem Huntingtonovy nemoci jsou mimovolní škubavé pohyby, zachvacující celé tělo a vedoucí k závažné poruše chůze a dalších funkcí, včetně řeči a příjmu potravy. Tato chorea je někdy popisována též jako „tanec svatého Víta“ (obr. 1.1.1) a objevuje se i u různých jiných poruch centrální nervové soustavy, např. epilepsie, některých forem revmatické horečky či pokročilého stádia roztroušené sklerózy. V této souvislosti se onemocnění označuje též jako Huntingtonova chorea.

Slovo „chorea“ je odvozené od řeckého „chorein“, které znamená „tančit“. Mimovolní pohyby, zvláště při chůzi, mohou připomínat tanec (Dommerholt, Varkevisser, 2000).

#### **1.1.2.1 Tanec svatého Víta**

Vít se narodil kolem roku 297 na Sicílii a byl vychovatelem a kojnou Krescensií veden ke křesťanské víře. Jeho otec Ilarius však od něj žádal, aby pod přísahou zapřel svou víru v Boha. Sám pohan, chtěl syna přimět k uctívání helénských božstev, a to přemlouváním i bitím. Nakonec prý otec Víta zavřel do místnosti, dokud jej víra v Ježíšovo učení neopustí. Náhle ucítil příjemnou vůni, která vycházela z Vítova pokoje. Odemkl dveře a spatřil sedm andělů stát okolo svého syna. Polekal se a vykřikl: Bohové přišli do mého domu! Záhy nato oslepl. Slíbil nejvyššímu bohu Jovišovi býka se zlatými rohy, pokud ho uzdraví. Ale zázrak se nekonal. Požádal tedy syna, aby mu pomohl. Vít se vroucně modlil k Bohu a otci se vrátil zrak.

Přesto prý syna jako tajného křesťana udal. Vít uprchl s oběma dospělými do Lucany v Dolní Itálii. Když byli odhaleni jako křesťané, byli zatčeni a v Římě předvedeni před císaře Diokleciána. Tam podle legendy vyléčil Vít císařova syna z padoucnice, ale přesto byl i se svými dospělými průvodci vhozen do vroucího oleje. To jim však neuškodilo a neusmrtil je ani lev, kterému byli předhozeni k sežrání; ten si naopak lehl k nim a lízal jim nohy. Nakonec byli nataženi na skřipec a popraveni mečem. To se odehrálo roku 304. Jiné podání praví, že sv. Vít a jeho průvodci byli popraveni na Sicílii. A ještě jiné pak, že skončil teprve, když ho zavěsili na strom a probodli trojzubcem (Jelínek, 2005).

Skutečnost, že Vít zemřel mučednickou smrtí již jako dítě, způsobila, že se stal patronem velmi širokého spektra profesí a územních celků, rovněž ochráncem před různými nemocemi a přírodními živly. Je patronem příkladně herců, komediantů, lékárníků, vinařů, ale také němých a hluchých. Bývá vyzýván k ochraně proti padoucnici, posedlosti, hysterii a křečím. Zde patrně vniká souvislost s označením „tanec svatého Víta“.



obr. 1.1.1 – Tanec svatého Víta  
zdroj: <<http://iniciium.wz.cz/>>



obr. 1.1.2 – Chorea  
zdroj: <<http://www.allposters.com/>>

### 1.1.2.2 První záznamy

O možné genetické dispozici tohoto onemocnění se vědělo již ve středověku. Postižení lidé bývali často považováni za posedlé duchy a pronásledováni jako čarodějnice či kacíři. I s rodinami bývali mučeni v inkvizičních řízeních a mnohdy končili na hranicích.

Byl to renesanční alchymista Paracelsus Bombastus von Honenheim (1493 – 1541), kdo poprvé označil podivné onemocnění charakterizované svíjejícími pohyby, jako „chorea sancti viti“ tedy „tanec svatého Víta“. Dalším, kdo tento jev podrobněji sledoval, byl anglický lékař Thomas Sydenham (1624 – 1689). První charakteristiky této dědičné chorey se objevily již před známou deskripcí doktorem Huntingtonem (viz dále), ale zůstaly bez povšimnutí. Např. v roce 1860 ji popsal norský okresní lékař Johan Christian Lund.



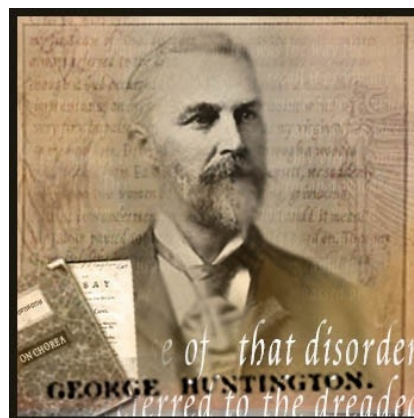
### 1.1.2.3 George Huntington

Své dnešní pojmenování získala chorea až po známém americkém lékaři. George Huntington (obr. 1.1.4), který žil v letech 1850 – 1916, pocházel z lékařské rodiny, dlouhodobě usazené na Long Islandu. Byl to právě on, kdo ve svých 22 letech v roce 1872 publikoval článek „On Chorea“ (obr. 1.1.3) v lékařském a chirurgickém zpravodaji. Tento popis je ojedinělý svým krátkým rozsahem, srozumitelností a výstižností. Autor zde popsal všechny základní rysy nemoci i pravidla její dědičnosti. V této práci zúročil pozorování postižených choreou ve více generacích. Ve svém sledování navázal na svého otce a dědečka, lékaře, kteří pozorovali neúmyslné třesení některých svých pacientů. Huntington byl schopen explicitně poukázat na genetické dědictví jako způsob přenosu, zároveň upozornil na to, že první symptomy se obvykle projevují v plně produktivním dospělém věku a nemocní jsou většinou postiženi také psychicky.



obr. 1.1.3 – On Chorea, r. 1872

zdroj: <<http://www.answers.com/>>



obr. 1.1.4 – George Huntington

zdroj: <<http://www.stanford.edu/>>

### 1.1.2.4 Další vývoj

Studium nemoci v dalších letech přineslo hlubší znalosti v neurologické a genetické podstatě nemoci, a tedy možnostech diagnostiky (viz dále).

Jde o onemocnění, které má – vedle svého zničujícího vývoje a nepříznivé prognózy (i v souvislosti s genetickou zátěží) – drtivý dopad na sociální prostředí a rodinu postiženého. Ve 20. století se výzkum soustředil na anatomické zkoumání mozku a určení patologických změn. Molekulární genetici v roce 1983 zjistili, že gen Huntingtonovy nemoci je umístěn na 4. chromozomu. Nakonec byl gen v roce 1993 určen a popsán (Šendová, 1995).

V posledních téměř 30 letech se zformovalo mezinárodní sdružení, k jehož vzniku dala popud Marjorie Guthrieová, vdova po americkém zpěvákovi Woodym Guthriem (1912 – 1967), který rovněž trpěl Huntingtonovou nemocí. V roce 1979 byla založena Mezinárodní asociace pro Huntingtonovu nemoc, která sdružuje přes 40 národních organizací, od roku 1991 i českou. Jde o svépomocné hnutí, které usiluje o zkvalitnění života pacientů i jejich rodin, bojuje proti jejich diskriminaci a podporuje vědecký výzkum, který přináší reálnou naději na léčbu.

### **1.1.3 Základní charakteristika**

Huntingtonova nemoc je autosomálně dominantně dědičné neurodegenerativní onemocnění, charakterizované motorickými a psychiatrickými příznaky, které vyústí do demence. V Severní Americe a Evropě onemocnění postihuje asi 5 – 10 lidí ze 100 000. Střední věk pacientů, v němž se objeví motorické příznaky, bývá kolem 40 let, u 9% nemocných se příznaky objeví před 20. rokem (Koukolík, Jiráček, 2004).

Nemoc způsobuje progresivní ubývání tělesných a duševních schopností, které nakonec vede k těžké invaliditě a v konečné fázi ke smrti, obvykle 15 až 20 let poté, co se objevily první viditelné příznaky této nemoci. První symptomy se většinou projevují v dospělém věku mezi 30. a 45. rokem věku, ale někdy se nemoc může projevit již u dětí nebo naopak u starých lidí, někdy i po šedesátém roku věku (Dommerholt, Walker, 1996).

### **1.1.4 Klinický obraz**

Počátek onemocnění bývá plíživý a nenápadný. U většiny nemocných se nejdříve objevují neurčité a nespecifické změny psychiky, následně se přidávají první poruchy koordinace a mimovolní pohyby, které se postupně rozvíjejí. K návštěvě lékaře vedou nemocné především potíže s pohybem. Postižení bývají zvýšeně motoricky neklidní, objevují se u nich bizarní záškuby prstů, končetin a trupu (chorea). Přidávají se abnormity očních pohybů, postižení svalů krku a obličeje, což narušuje mimiku a vede k poruše polykání. S rozvojem motorických příznaků se vyvíjí i změny psychiky, kognitivní dysfunkce, poruchy nálady, nejčastěji deprese. Pacienti jsou zvýšeně popudliví, impulsivní, mohou se objevit psychotické fenomény, halucinace, bludy. Nezřídka dochází k narušení osobnosti, sexuální dysfunkci či deviaci, někdy s agresivitou. Depresivní syndrom bývá často dáván do souvislosti s abusem alkoholu.

Huntingtonova nemoc je neurodegenerativní onemocnění, jehož projevy jsou především neurologického původu. Patrně ze stejného důvodu se objevují psychické příznaky, které umocňují dramatickost průběhu nemoci, končící ve stavu těžké demence.

#### **1.1.4.1 Neurologické projevy**

Projevy neurologické povahy jsou patrné zejména na lokomočním aparátu ve smyslu bizarní, mimovolní pohybové aktivity jakou je chorea. Tato je dále provázena dystonií, která postupně převládá a přechází v celkovou rigiditu. Patrné jsou poruchy chůze, polykání, řeči, dále kachektizace a v pozdějších stádiích i inkontinence moči i stolice.

#### **Chorea, dystonie**

Mimovolní, nepravidelné „házivé či šubavé“ pohyby v obličeji, na končetinách i na trupu. Chůze mívá kolébavý až taneční ráz. Chorea se v průběhu nemoci po řadu let zesiluje, často těžce postihuje základní hybné aktivity, v pozdních fázích nemoci se choreatické pohyby zpomalují a mění v kroutivé, pomalé stereotypní pohyby, tzv. dystonii. V konečných fázích HN již mimovolní pohyby nemusí být patrné, svalstvo je ztuhlé a nemocný je obtížně pohyblivý či nehybný (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

#### **Poruchy chůze**

Rozvíjejí se ve středních stádiích nemoci. Zpočátku je chůze rušena mimovolními pohyby dolních končetin a trupu. Objevuje se „rozházená“ chůze o široké základně. V této fázi většina pacientů padá jen zřídka, i když při takto výrazném stupni nekoordinace je až nepochopitelné, jak mohou udržet rovnováhu. V pozdějších stádiích HN se pády objevují častěji, může se objevit „zamrznutí“ uprostřed pohybu, nejistota v prostoru (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

#### **Porucha řeči (dysartrie)**

Obvykle se porucha řeči rozvíjí ve středních a pozdních stádiích nemoci, může se však objevit i v prvních letech. Postupem nemoci progreduje a řeč se často stává zcela nesrozumitelnou. Charakteristická je explozivní a sakadovaná řeč (nadměrné vyřazení některých slabik), občas lze pozorovat i mimovolně vzniklé zvuky typu bručení nebo povzdechů, které přerušují řeč (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

### **Porucha polykání (dysfagie)**

Porucha polykání je způsobená nekoordinovaným pohybem žvýkacího a hltanového svalstva. S tímto jsou spojené poruchy příjmu potravy, kdy postižený potravu obtížně a neúplně polyká, dochází k retenci jídla v ústech. Vzhledem ke špatné koordinaci s dýcháním dochází často k aspiraci potravy, polykání vzduchu (aerofágii) a regurgitaci nestráveného pokrmu. Postižení bývají dříve či později odkázáni na mixovanou či tekutou potravu.

### **Kachexie**

V terminálních stádiích nemoci je běžná kachexie, jejíž původ není zcela znám. Souvislost s nadměrnou motorickou aktivitou nebyla prokázána, úbytek hmotnosti se objevuje i při vysokokalorické stravě. Chuť k jídlu bývá u nemocných zachována prakticky úplně, a to i v pokročilém stádiu hluboké demence. Časná kachektizace je spojena s horší prognózou nemoci.

### **Inkontinence**

Inkontinencí moči trpí v terminálním stádiu nemoci podstatná většina postižených. Po urologickém vyloučení uroinfekce lze soudit, že příčinou je demence, event. dochází k reflexní inkontinenci, která není kontrolována ze strany CNS. Obvykle se přidružuje i inkontinence stolice s kombinovanou poruchou defekace (diarrhoea i obstipace), spíše však v důsledku příjmu kašovitě až tekuté formy pokrmu na straně jedné a omezené hybnosti na straně druhé.

#### **1.1.4.2 Psychické projevy**

Neméně závažné a mnohdy pro postiženého i jeho okolí šokující jsou psychické změny, které se k Huntingtonově nemoci obvykle přidružují. Mění se osobnost, chování, nálada a emoce. Časté je selhávání v dříve běžných aktivitách, úpadek ve společenském postavení a změna role v rodině. Postižení často upadají do depresí, které se mohou střídát s hypomanickými až manickými stavy. Ojediněle se mohou objevit i psychotické fenomény, jakými jsou halucinace a bludy.

### **Změny osobnosti, chování**

Někteří nemocní se na počátku nemoci jeví být předráždění, někdy až agresivní, jiní spíše apatičtí či soustředění na sebe a svoje potřeby, chovají se jinak než předtím. Mohou se objevit sexuální dysfunkce a deviace s různými stupni hypersexuality, promiskuity, exhibicionismem a někdy i pedofilií. U nemocných se může projevit snížená vnímavost vůči potřebám druhých, „bezcharakterní“ chování, např. krádež či jiné delikvence nejsou výjimečné. Kriminální anamnéza bývá pozitivní, stejně jako abusus alkoholu. Jak mezi rodinami s Huntingtonovou nemocí, tak mezi zdravotníky existuje přesvědčení, že alkoholismus je u pacientů s touto nemocí velmi častý. Studie zabývající se touto problematikou však neukazují vyšší výskyt alkoholismu (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

### **Poruchy nálady**

Charakteristickou poruchou nálady u postižených Huntingtonovou nemocí bývá deprese, která se obvykle objevuje i několik let před prvními motorickými projevy. Nemusí se vždy jednat o reaktivní typ deprese, neboť řada postižených jí trpí, aniž by znala své riziko. Jako depresi označujeme patologicky smutnou náladu neodpovídající okolnostem s patrným úbytkem energie a snížením aktivity. Typická jsou tzv. ranní pesima, kdy nemocný prožívá stavy úzkosti a obavy z nového dne. Nezřídka je deprese provázena úbytkem vůle ke zvládnutí běžných denních činností, ztrácí se chuť k jídlu, objevují se poruchy spánku a často se dostavují i tělesné projevy deprese. V těchto stavech mohou nemocní být ovlivněni suicidálními ideacemi, popsány byly i dokonané sebevraždy.

Méně častým jevem u nemocných s Huntingtonovou nemocí je bipolární afektivní porucha, kdy se období deprese střídají s expanzivní, manickou náladou. Mánie je v podstatě pravým opakem deprese, kdy nemocný bývá neadekvátně nadnesený, euforický, překotně aktivní, energický a s minimálním náhledem na situaci. Schopnost koncentrace pozornosti je narušená, objevuje se „myšlenkový trysk“, postižení opět selhávají v běžných denních činnostech. Častým jevem v této fázi je podrážděnost, hrubost, mnohdy i agrese.

### **Psychotické projevy**

Vedle kognitivních a motorických poruch mohou tyto projevy nabýt natolik výrazný charakter, že se mohou stát dominantními. Někdy se objevuje podezíravost vůči okolí, která může být doprovázena projevy hostility a může dosáhnout až stupně paranoidně-perzekučního bludu. Výjimečně se mohou přechodně objevit i poruchy vnímání typu halucinací a/nebo iluzí (Koukolík, Jiráček, 2004).

## **Demence**

Demence patří mezi hlavní příznaky Huntingtonovy nemoci a s jejím vývojem se objeví u všech nemocných. Tíže demence společně s neschopností pohybu jsou hlavními limitujícími faktory smutné prognózy HN (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

V časných stádiích demence se objevuje zapomnětlivost, poruchy soustředění. Postupně se rozvíjí výrazná porucha koncentrace pozornosti s obtížným udržením determinující tendence myšlení, obtížné zapamatování si nových paměťových obsahů, ale také poruchy udržení a znovuvybavení paměťových obsahů. Objevují se problémy s pojmenováním objektů, řečová produkce se postupně stává dezorganizovanou. Dochází k obtížím v řešení problémů a v exekutivních funkcích – postižení nejsou schopni si správně naplánovat složitější činnost, sestávající z více úkonů, mohou se vyskytnout projevy apraxie. Je porušena soudnost (Koukolík, Jiráček, 2004).

### **1.1.5 Klasifikace**

#### **1.1.5.1 Stádia Huntingtonovy nemoci**

Někteří autoři uvádějí pět fází nemoci, kdy se hodnotí zejména úroveň soběstačnosti. Jiní autoři popisují pouze tři stádia s různým stupněm progresu onemocnění. Pro ošetrovatelskou péči je vhodnější rozdělení dle soběstačnosti. Pro úplnost uvádím obě možnosti.

#### **Dle stupně progresu onemocnění:**

1. stádium – jsou patrné iniciální neurologické nebo psychiatrické symptomy. Z motorických abnormit převažuje chorea. Pacient je stále ještě nezávislý. Potíže v rodině vyplývají především z psychických projevů a jejich odezvy. Vyjma suicidia je smrt řídka.
2. stádium – motorická porucha generalizuje, fyzická neschopnost se zvyšuje. Pacient je již v mnoha aktivitách závislý na pomoci druhých. Rodina je zatížena psychickými i motorickými projevy nemoci u pacienta. K smrti dochází z jiných příčin, než je základní onemocnění.
3. stádium – dominuje těžká generalizovaná motorická porucha s plnou závislostí pacienta na péči. Rodina trpí hlavně somatickým stavem pacienta. Častá je smrt na komplikace Huntingtonovy nemoci.  
(Židovská, Havrdová, Flídr, 1996)

### **Dle úrovně soběstačnosti:<sup>\*</sup>**

1. Rané stádium – pacient má stanovenou diagnózu, ale zůstává v plném zapojení do pracovního procesu i rodinného života.
2. Rané střední stádium – pacient vykonává všechny své funkce, ale na nižší úrovni, navzdory určité neobratnosti dokáže vykonávat každodenní povinnosti.
3. Pozdní střední stádium – pacient už není schopen pracovat a při každodenních aktivitách vyžaduje určitou pomoc.
4. Počáteční pokročilé stádium – pacient je odkázán na pomoc rodiny či ošetřovatelky, už není samostatný, ale ještě je schopen žít v domácím prostředí.
5. Pokročilé stádium – pacient je plně odkázán na cizí pomoc, ošetřování odbornými pracovníky je většinou nutné.

(Dommerholt, Varkevisser, 2000)

### **1.1.5.2 Formy Huntingtonovy nemoci**

#### **Juvenilní forma**

Přibližně 5% všech případů onemocnění HN vzniká před 20. rokem života. Prvními příznaky jsou obvykle poruchy psychiky. Poměrně časté jsou závažné psychotické stavy či změny osobnosti a chování. Poté dochází k rychlému rozvoji demence. Teprve později se manifestují hybné symptomy. Mimovolní pohyby se obvykle nikdy neobjeví, naopak je patrna brzy se rozvíjející svalová ztuhlost, pohybová zpomalenost a chudost. Asi u 30% postižených se objevují epileptické záchvaty. Dochází často k těžké poruše výslovnosti a polykání. Progrese obtíží je rychlá a vede k nesoběstačnosti, k závislosti na péči okolí. Doba přežití je kratší než u klasické formy (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

#### **Klasická forma**

První příznaky se objevují mezi 35. – 50. rokem věku. Samotný vývoj nemoci je charakterizován v předchozích kapitolách, od počátečních psychických příznaků až po stav nezadržitelného marasmu, kdy postižený většinou umírá na infekci a přidružené komplikace (viz klinický obraz, oddíl 1.1.4).

---

<sup>\*</sup> Tato stadia jsou kritériem pro aplikaci koncepčních modelů ošetrovatelství, viz empirická část (pozn. autora).

### Forma s pozdním počátkem

Tato forma nemoci se manifestuje u osob starších 60 let. Jedná se o cca 5% všech případů Huntingtonovy nemoci. Tato forma nemoci má pomalý průběh a nemocní se dožívají běžně průměrného věku zdravé populace. Hlavním příznakem jsou mimovolní pohyby typu chorey. Obvykle nepůsobí závažné postižení základních denních aktivit a nemocní jsou po motorické stránce soběstační. Výraznější demence se obvykle nerozvíjí (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

### 1.1.6 Diagnostika

Vzhledem ke skutečnosti, že Huntingtonova nemoc je dominantně dědičné onemocnění, má zásadní význam pro určení diagnózy anamnéza. Zajímá nás zejména rodinná zátěž a popisované projevy, tedy neurologické a psychiatrické příznaky (viz klinický obraz). Nastávají však situace, kdy neurologické příznaky jsou nepatrné či chybí zcela, psychiatrické symptomy mohou odpovídat jiným onemocněním a rodinnou anamnézu nelze odebrat či je tato z různých důvodů nevěrohodná. Pak se zpravidla přistupuje k přímé DNA diagnostice a jiným vyšetřovacím metodám.

#### 1.1.6.1 Diferenciální diagnostika

Pokud nejsou splněny podmínky pozitivní rodinné anamnézy nebo jde-li o atypickou symptomatiku, je třeba rozlišit Huntingtonovu nemoc od jiných příčin chorei, od jiných onemocnění bazálních ganglií, od jiných příčin demence a od psychóz.

<i>Familiární poruchy:</i>	<i>Nefamiliární poruchy:</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>– benigní familiární chorea</li><li>– Alzheimerova demence</li><li>– paroxysmální choreoathetosa</li><li>– neuro-akanotytóza</li><li>– dentato-rubro-pallido-luysianská atrofie</li><li>– familiární parkinsonismus</li><li>– spinocerebellární ataxie</li><li>– Wilsonova choroba</li><li>– syndrom Gilles de la Tourette</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>– Sydenhamova chorea</li><li>– chorea gravidarum</li><li>– postencefalitická choreoathetosa</li><li>– polékový syndrom (tardivní dyskinesy)</li><li>– anoxická ancefalopatie</li><li>– M. Creutzfeld-Jacobs</li></ul>

tab. 1.1.1 – Diferenciální diagnostika

zdroj: Židovská, Havrdová, Flidr, 1996, s. 9



Většina z uvedených chorob nečiní při stanovení diagnózy zásadní obtíže. Pokud nelze onemocnění zařadit, bylo v minulosti doporučováno vyčkat vývoje a snažit se upřesnit rodinnou anamnézu, která může být díky nesprávnému zařazení při zatažení údajů falešně negativní. Dnes lze při diagnostických rozpacích k vyloučení či potvrzení Huntingtonovy nemoci použít přímé DNA diagnostiky (Židovská, Havrdová, Flídr, 1996).

Pro diferenciální diagnostiku jsou někdy nezbytná EEG, CT, PET vyšetření. Avšak výsledky těchto vyšetření nejsou specifické pro Huntingtonovu nemoc. Diagnóza potvrzená vyšetřením mozku po pacientově smrti může hrát důležitou roli pro další generace při poradenství o dědičnosti (Šendová, 1995).

#### **1.1.6.2 DNA diagnostika**

Testy vedoucí k upřesnění diagnózy se provádí jak u osob s již rozvinutými příznaky, tak u osob bez příznaků, avšak s pozitivní rodinnou anamnézou, kdy jeden z rodičů má potvrzenou Huntingtonovu nemoc. V současné době lze prediktivně testovat i v prenatálním období, a sice dvojím způsobem. Odběrem choriových klků (mezi 10. až 14. týdnem gravidity), nebo odběrem plodové vody (mezi 15. až 18. týdnem).

#### **Geny**

V každé buňce lidského organismu je 46 chromozomů, které jsou uspořádány do 23 párů. Jeden chromozom z každého páru je převzat od matky a jeden od otce. Z těchto 23 párů jsou u muže i u ženy ve 22 párech vždy dva a dva napohled stejné, tzv. autozomy. Rozdíl mezi mužem a ženou spočívá ve 23. páru pohlavních chromozomů, tzv. gonozomů. Jejich odlišnost je dána kombinací X a X chromozomů u ženy a X a Y u muže.

Chromozomy jsou nositeli informací pro dědičné vlastnosti ve formě velkého množství genů (cca 30 000). Geny jsou tvořeny deoxyribonukleovou kyselinou, jejíž molekuly se skládají z řetězců čtyř prvků, nazývaných baze. Existují čtyři baze, označované jako A (adenin), T (thymin), G (guanin) a C (cytosin). Jejich uspořádání tvoří kód, který určuje typ proteinu, jaký tento konkrétní gen produkuje (Dommerholt, Varkevisser, 2000).

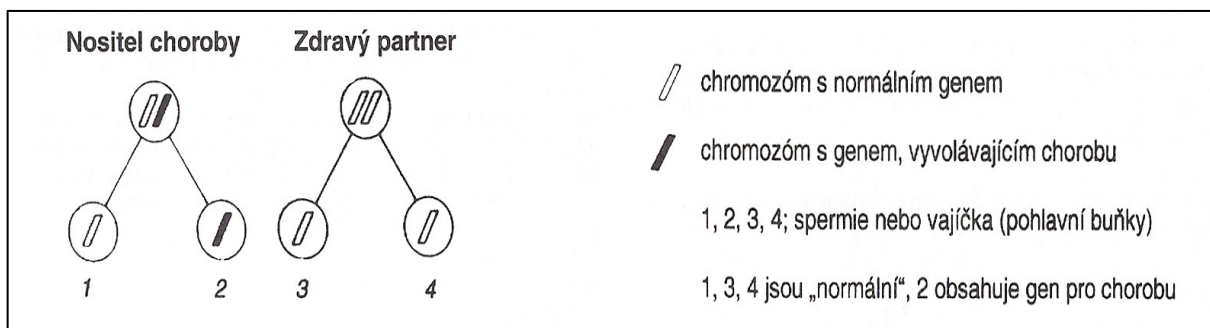
Podkladem mutace genu, označeného IT 15, při přítomnosti Huntingtonovy nemoci, je zmnožení základní jednotky dědičné informace nad určitý počet. Jde o baze tvořící triplet „CAG“, tj. Cytosin – Adenin – Guanin. Při počtu opakování 40 a více tripletů „CAG“ daný jedinec onemocní HN zcela jistě, při počtu 36 – 39 tripletů je prognóza nejistá. Čím více je CAG tripletů přítomno, tím dříve nemoc vypukne. Počet CAG tripletů ale není jediný faktor rozhodující o věku propuknutí HN.

## Dědičnost u Huntingtonovy nemoci

Podstatou nemoci je mutace, tedy změna dědičné informace na krátkém raménku 4. chromozomu. Jedná se o jeden z 22 párů tzv. autozomů, proto jde o onemocnění autozomální. Důsledkem toho je, že se onemocnění vyskytuje stejně často u mužů jako u žen.

Rozlišujeme dominantní a recesivní dědičné choroby. Slovo dominantní naznačuje, že abnormální, chorobný gen dominuje nad zdravým genem, který se nachází na druhém chromozomu v páru. Pokud někdo chromozom s chorobným genem zdědil od jednoho z rodičů, pak se u něho dříve či později nemoc projeví. Přítomnost normálního genu na druhém chromozomu při dominantních onemocněních, jakým je i Huntingtonova nemoc, nezabrání vzniku onemocnění (Dommerholt, Varkevisser, 2000).

U autozomálně dominantně dědičných onemocnění, což je právě případ Huntingtonovy nemoci, je riziko předání vloh pro nemoc přímým potomkům 50%. Narodí-li se dítě z oplodnění, při němž jedna pohlavní buňka (vajíčko nebo spermie) nese chorobný gen, tak se dříve či později nemoc u tohoto dítěte projeví. Naproti tomu, když se dítě narodí z oplodnění pohlavní buňky bez abnormálního genu, tak toto dítě nemoc nikdy nedostane, stejně tak jí ne onemocní jeho potomci, vnuci atd. (obr. 1.1.5). Huntingtonova nemoc tedy „nepřeskakuje“ generace (Dommerholt, Varkevisser, 2000).

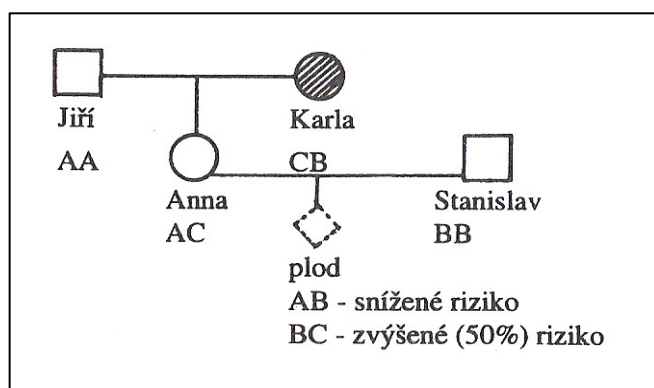


obr. 1.1.5 – Možné kombinace předání vloh přímým potomkům: kombinace 1 + 3 nebo 1 + 4 vede k narození zdravého dítěte, kombinace 2 + 3 nebo 2 + 4 vyústí v narození dítěte, které onemocnění zdědilo

zdroj: Dommerholt, Varkevisser, 2000, s. 13

### 1.1.6.3 Předpovědní testování

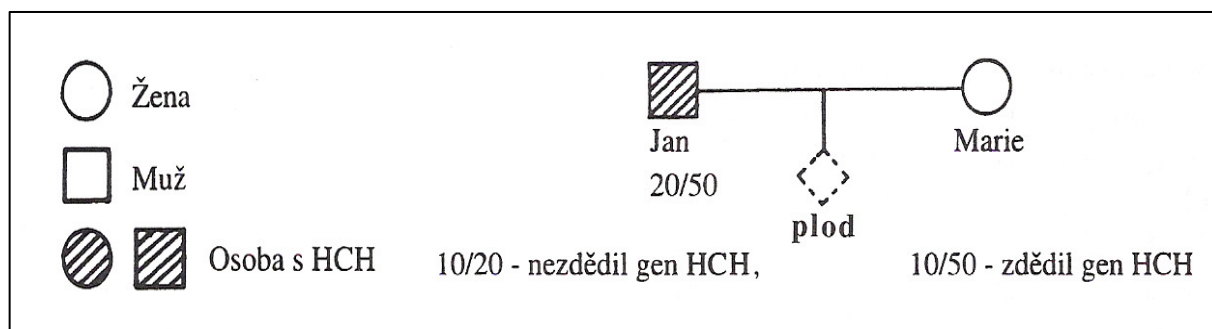
V roce 1983 byly identifikovány genetické markry, které jsou úzce spojeny s genem pro Huntingtonovu nemoc. Markry mají různé formy, které mohou být označeny např. jako A, B, C nebo D. Protože geny jsou párové, každý člověk má dvě kopie každého markru, což dává možnost různého kombinování. Markry, které jsou umístěny blízko genu pro HN (resp. jsou s ním ve vazbě), jsou obvykle předány rodičem dítěti spolu s genem pro HN. Taková teorie má význam pro *vylučovací prenatalní testování* (obr. 1.1.6), kdy se snažíme odhalit pravděpodobnost postižení očekávaného dítěte za předpokladu, že jeden z rodičů si sám nepřeje podstoupit předpovědní testování své osoby, s vědomím genetické zátěže v rodině.



obr. 1.1.6 – Vylučovací prenatalní testování

zdroj: Dommerholt, Varkevisser, 2000, s. 36

V roce 1993 byl identifikován gen IT 15, jehož mutace způsobuje Huntingtonovu nemoc. Lidé v riziku onemocnění mohou být přímo testováni. Stejně tak mohou budoucí rodiče s postižením podstoupit *definitivní prenatalní testování* (obr. 1.1.7). Zde je podkladem pro určení předpovědi počet zděděných tripletů „CAG“ od postiženého rodiče. 50% riziko udává možnost získání nepostiženého chromozomu s normálním počtem tripletů „CAG“ (na obrázku to je 20 od Jana) stejně vysoké jako možnost získání postiženého chromozomu s vysokým počtem tripletů „CAG“ (na obrázku to je 50 od Jana).



obr. 1.1.7 – Definitivní prenatalní testování

zdroj: Dommerholt, Varkevisser, 2000, s. 34

#### **1.1.6.4 Etické aspekty prediktivní diagnostiky**

Genetické testování je ohromným pokrokem v diagnostice a tedy i ve vývoji výzkumu léčby Huntingtonovy nemoci. Zároveň se však prohloubila propast mezi diagnostickými a terapeutickými možnostmi. Tento kontrast udává význam a závažnost etických problémů s tím spojených. Na jedné straně je nejistota a nutná touha se od ní oprostit, na straně druhé je fakt, že riziko postižení je stejně vysoké jako možnost nepostižení. Jde zejména o prediktivní testování v době, kdy nemoc nepropukla a je známa pouze genetická zátěž rodiny. Testovaný zpravidla vnímá test jako nástroj k vyloučení možnosti, že postižený gen zdědil, ačkoliv opak je stejně pravděpodobný. Reakce na následné zjištění pak může mít o to dramatičtější průběh. Paradoxně byly popsány i nepřiměřené depresivní odezvy na negativní výsledek, tedy v situaci, kdy osoba v riziku mutovaný gen nezdědila.

Jednoduchá otázka se tak náhle mění ve složité, hluboce citlivé dilema. Z těchto důvodů bylo žádoucí stanovit určitá pravidla definující průběh prediktivního testování. Program před testováním zahrnuje vstupní pohovor, dvě až tři konzultace žadatele s genetikem, neurologem, psychologem či psychiatrem, konzultaci při sdělování výsledku genetikem a další potestové konzultace v počtu závislém na výsledku testu a individuální reakci. Striktní podmínkou je informovanost a svobodné rozhodnutí žadatele test podstoupit. Žadatel má být při konzultacích doprovázen blízkou osobou, která není v riziku onemocnění.

#### **1.1.7 Podklad vzniku Huntingtonovy nemoci**

Zdravý gen IT 15, tj. gen obsahující menší počet tripletů „CAG“ než 36, produkuje protein zvaný huntingtin. Normální, zdravý huntingtin má zásadní roli ve vývoji mozku. Pokud by gen pro huntingtin chyběl, nepřítomnost této bílkoviny by byla fatální – organismus by neměl naději se vyvinout, odumřel by ještě před narozením. Pokud je gen pro výrobu huntingtinu změněn – mutován, bílkovina získá díky odlišnému utváření jinou strukturu, což vede ke změnám její funkce. Díky zvýšenému počtu „CAG“ tripletů huntingtin obsahuje abnormálně dlouhý řetězec tzv. polyglutamin, který mu dává jiné vlastnosti.

Není ještě objasněno, k čemu konkrétně v mozku dochází pod vlivem změny tvaru a funkce huntingtinu. Může se jednat o předčasné nastartování tzv. programované buněčné smrti (apoptózy). Teorie apoptózy předpokládá, že každá buňka lidského těla má v dědičné informaci naplánovanou i délku života a po jejím uplynutí se aktivně spustí tzv. geny smrti, které buňku zahubí. Dalším vysvětlením je hypotéza o nedostatku tvorby některých bílkovin, které jsou významné pro správný vývoj a životaschopnost nervové soustavy (Roth, Uhrová, Židovská, 2004).

### **1.1.8 Možnosti léčby, další terapie \***

Úvodem je třeba zopakovat to, co bylo již několikrát řečeno. V současné době neexistuje specifická efektivní terapie Huntingtonovy nemoci. Tento fakt však nelze považovat za argument obhajující pasivní „čekání na smrt“ od chvíle potvrzení diagnózy. Vývoj jde neustále dopředu a bylo odhaleno již mnoho i nefarmakologických léčebných postupů, které zkvalitňují a možná i prodlužují život postiženého jedince.

#### **1.1.8.1 Farmakoterapie**

Všeobecné principy léčby:

- léčba se musí soustředit na konkrétní emoční, kognitivní a motorické symptomy,
- symptomy se liší u jednotlivých pacientů stejně jako v závislosti na stádiu nemoci,
- podávání léků má začít malými dávkami a pomalým zvyšováním,
- účinné léky v jednom stádiu nemoci nemusí být účinné v dalším stádiu,
- podávání léků je třeba v pravidelných intervalech znovu zvažovat a revidovat,
- nikdy nepodávat léky s cílem „rychlého odstranění problému“, event. jako náhražku rozhovoru s pacientem nebo ve snaze vyhnout se podrobné analýze problémů,
- nepřístupovat k podávání léků unáhleně, léky mohou stav pacienta stejně tak zhoršit jako zlepšit.

(Ranen, Peyser, Folstein, 1996)

K dispozici jsou léky, které omezují závažnost mimovolních pohybů, jiné pomáhají kontrolovat náladovost, úzkost, podrážděnost a depresi či jiné psychiatrické příznaky (antiepileptika, neuroleptika, thymoprofylaktika, anxiolytika, antidepressiva, nootropika). Vesměs se jedná o symptomatickou léčbu.

#### **1.1.8.2 Fyzioterapie**

Hlavní složkou je kinezioterapie, neboli léčebná tělesná výchova (LTV). Jde o druh terapie, kterou můžeme předcházet různým komplikacím způsobeným nedostatečným používáním svalů, dýchání a krevního oběhu. Tělesný pohyb pomáhá udržovat kondici nemocného, udržuje svalovou a kloubní pohyblivost, dále obratnost a hlavně chůzi. Kromě toho, tělesný pohyb nemocnému pomáhá pěstovat sebedisciplínu a sebeovládání, které může využívat při každodenních činnostech (Sladek, Dengler, 2006).

---

\* Uvedené možnosti jsou popsány pouze schématicky, podrobně viz seznam použité literatury (pozn. autora).

### **1.1.8.3 Ergoterapie**

Neboli pracovní terapie je zaměřená na to, aby se předešlo nečinnosti v pozdějších stádiích nemoci. Uskutečňuje se ve skupině, nejlépe za účasti rodiny, takže napomáhá k udržení společenského kontaktu. Je důležité, aby pacient byl zaměstnán příjemným a pro něho zajímavým způsobem, např. v souvislosti se svou zálibou, koníčkem (Dommerholt, Varkevisser, 2000).

Pracovní terapie jako taková se provádí v ústavních zařízeních, ale i v domácím prostředí by neměl být pacient omezován v činnostech jen proto, že si druzí myslí, že určité úkony už nezvládne. Má mít možnost účastnit se všeho, co se v rodině dělá – vaření, praní, uklízení, práce na zahradě. Svě místo zde zaujímá poslech hudby, četba nebo prohlížení obrázků, společenské hry, procházky apod (Šendová, 1995).

### **1.1.8.4 Psychoterapie**

Významnou roli má podpůrná a behaviorální psychoterapie. Psychologická péče by měla zahrnovat celou rodinu, která by měla mít možnost o nemoci volně hovořit. Dynamická psychoterapie je nevhodná. Behaviorální problémy patří k charakteru onemocnění a obtěžují okolí především verbální, někdy i brachiální agresivitou. Cílem behaviorální psychoterapie je přímá změna chování (Židovská, Havrdová, Flidr, 1996).

### **1.1.8.5 Logopedie**

Nejasná, váhavá a koktavá řeč, která se dříve či později objeví, je následkem mimovolných pohybů mluvidel a dýchacích svalů. Cvičením těchto svalů se snažíme udržet řečové a tím i komunikační schopnosti pacienta co nejdéle zachované. Nejsou to pro nemocného jednoduché cviky, takže je nutné, aby se s logopedickým výcvikem začalo včas (Dommerholt, Varkevisser, 2000).

### **1.1.8.6. Výživa a stravování**

V souvislosti s výše uvedeným se u nemocného rovněž objevují problémy se žvýkáním a polykáním, způsobené ztrátou kontroly nad ústními a krčními svaly. To může výrazně snížit schopnost pacienta samostatně přijmout dostatečné množství jídla do úst. Proto je nutné věnovat pozornost vhodné poloze při jídle a používání vhodných pomůcek ke stravování a pití. Stejně tak je důležitá správná skladba, hustota a konzistence potravin. Dieta musí být sestavena tak, aby byla vysoce kaloricky hodnotná (až 5000 kalorií denně), bohatá na bílkoviny a doplněná o vitamíny (Broekhoven-Grutters, Gaasbeek, Verbaas, 2003).

### **1.1.9 Ošetrovateľská péče**

Ošetrovateľská péče je nedílnou súčasťou komplexného prístupu ke klientům s diagnostikovanou Huntingtonovou nemocí. Zejména dôležitá je ve vyšších stádiách onemocnění, kdy postižení bývajú hospitalizováni v různých zariadeních a jsou více či mene odkázani na cizí pomoc. Ošetrovateľství má však svoju úlohu i v době, kdy se nemocný cítí dostatečně soběstačný nebo nemá žádné projevy nemoci, ale je znalým či neznalým „držitelem“ poškozeného genu, event. je zatížen vedomím pozitívni rodinné anamnézy. V této souvislosti je nutno poukázat i na prenatální problematiku. V takovém prípade se uplatňuje informativní, edukační, podpurná a psychoterapeutická role ošetrovateľství.

S ohledem na stádia a průběh Huntingtonovy nemoci je tedy jasne patrná potřeba primární, sekundární a v neposlední řadě také terciární ošetrovateľské péče. Podrobněji bude o této problematice pojednáno v empirické části práce.

## 1.2 Koncepční modely v ošetrovatelství

### 1.2.1 Ošetrovatelské teorie a koncepční rámce

#### 1.2.1.1 Výňatky z literatury

Ošetrovatelství je aplikovaná vědní disciplína, která má vlastní teoretickou základnu poznatků a jejich praktickou aplikaci. Znamená to tedy, že věda v ošetrovatelství vystupuje jako jednota dvou stránek. Jako systém specifických teoretických poznatků (předmět zkoumání) a jako metoda praxe – ošetrovatelský proces. Je multidisciplinárním oborem integrujícím poznatky z jiných oborů přírodních, humanitních a společenských, které se zabývají studiem člověka, lidského zdraví, společnosti a prostředí. Stále více zasahuje do oblasti prevence, diagnostiky, terapie, upevňování a obnovy zdraví, stejně tak zasahuje do oblasti výchovné péče (Archalousová, 2003).

S novými trendy a „vědeckostí“ oboru ošetrovatelství se také objevila nová terminologie. Její znalost a pochopení je východiskem pro pokračování v dalším rozšiřování poznatků v tomto oboru a hledání cest k exaktnosti. Jako každý obor má svoji: *Filozofii* (zejména celostní přístup – holismus), *Metaparadigma* (předmět zkoumání: člověk, zdraví, prostředí a ošetrovatelství), *Paradigma* (koncepční modely a teorie, např. Nightingalové, Gordonové, Johnsonové atd.), *Metodologii* (ošetrovatelský proces), *Výzkum*, *Systém univerzitního pre- a post-graduálního vzdělávání*, *Národní a mezinárodní profesní organizace* (Mastiliaková, 2003).

Abychom porozuměli ošetrovatelství, musíme poznat nejen historický vývoj obecně a historický vývoj ošetrovatelství, ale také filozofii a její směry, které tuto vědní disciplínu ovlivňovaly a ovlivňují. Základní orientace ve filozofii umožní lépe pochopit teoretický základ ošetrovatelství, především ošetrovatelské modely a teorie (Pavlíková, 2006).

„Ošetrovateľstvo ako ustavične sa vyvíjajúca profesia je dnes hlboko zamerané na vlastnú unikátnu vedomostnú bázu, tj. súbor vedomostí potrebných pre ošetrovateľskú prax alebo tzv. ošetrovateľskú vedu. Identifikácia tejto vedomostnej bázy si vyžaduje rozvoj a poznanie špecifických ošetrovateľských koncepcií a teórií.“ (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).



### **1.2.1.2 Aspekce koncepčních teorií v ošetrovatelství**

Různé výklady a komentáře k teorii ošetrovatelství se v podstatě shodují na nutnosti vnímat tuto disciplínu jako vědecky definovanou, studovanou a aplikovatelnou. Současně se shodují na akceptaci určité terminologie a strukturalizaci specifického složení. Jak bylo výše popsáno, ošetrovatelství se opírá o svou filozofii, má své metaparadigma a paradigma, metodologii, výzkum a další. Předmětem této práce je využití koncepčních modelů ošetrovatelství, v teoretickém pojetí tedy využití paradigmatu.

#### **Filozofie**

Holismus, tedy teorie mající v ošetrovatelství dominantní postavení, je filozofií, původně orientovanou spíše na biologii, tzv. „filozofie celistvosti“. Termín zavedl ve své knize „Holismus a evoluce“ v roce 1926 jihoafrický politik a generál J. CH. SMUTS, podle kterého není celek jen pouhý souhrn jednotlivých částí.

Holistická teorie vidí všechny živé organismy jako jednotné celky ve vzájemné interakci se svým okolím. Celek člověka zahrnuje zjednodušeně vyjádřeno pět součástí: biologickou, společenskou, kognitivní, emocionální a duchovní. Dojde-li k poruše jedné součásti celku, dochází k poruše celého systému (Mastiliaková, 2003).

#### **Metaparadigma**

Tedy předmět zkoumání v ošetrovatelství z toho nejobecnějšího pohledu. Jsou jimi: *člověk* – příjemce ošetrovatelských činností, *zdraví* – zdravotní stav příjemce ošetrovatelské péče, *prostředí* – zejména příbuzní, přátelé, spolupracovníci a samotné prostředí, kde se jedinec nachází, kde žije a pracuje, a samotná *ošetrovatelská činnost* – která je prováděna v zájmu příjemce.

#### **Paradigma**

Neboli teorie oboru. Soubor abstraktních a všeobecných koncepcí a tvrzení integrovaných do smysluplné konfigurace. Týká se globálních představ o jednotlivcích, skupinách, situacích, událostech a jevech zajímavých z hlediska vědní disciplíny. Koncepční modely se zaměřují na vybrané jevy a ovlivňují naše vnímání reality. Týkají se názorů a jevů, které souvisejí s daným oborem (Pavlíková, 2006).

Takovými názory, jevy či souvislostmi mohou být lidské prostředí a chování lidí v něm; zdravotní, sociální a ekonomické zabezpečení lidí; patofyziologické procesy; léčebné postupy; zdravotnické instituce nebo systémy péče o zdraví celkově.

Koncepční modely a teorie slouží k několika základním cílům:

- Shromažďují poznatky, které pomáhají zlepšovat ošetrovatelskou praxi;
- Třídí informace do logicky uspořádaných systémů;
- Poskytují logický návod na sběr údajů o zdravotním stavu klientů;
- Poskytují kritéria na vyhodnocení účinnosti ošetrovatelské péče;
- Organizují a rozvíjí způsoby studia ošetrovatelství;
- Řídí ošetrovatelský výzkum a rozšiřují ošetrovatelské vědomosti;
- Aplikace modelů odhalují mezery ve vědomostech ve specifických úsecích studia.

(Mastiliaková, 2003; Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995; Archalousová, 2003)

Mnohé kategorizace koncepčních modelů a teorií se opírají o společné prvky dané skupiny, obvykle pro konkrétní model charakteristické. Podle D. E. Johnsonové (1974) se koncepční modely a teorie ošetrovatelství dělí podle přístupů k chápání osoby, která je pacientem/klientem (Pavlíková, 2006) .

Takovou klasifikací mohou být:

a) *Vývojové modely*: zdůrazňují proces růstu, vývoje a zrání. Hodnotí proces změny jako vnitřně a zevně ovlivňovanou a podmiňovanou lidskou potřebu. Jsou jimi např. Model sebepečce (*Oremová*), Model životních aktivit klienta (*Roperová*).

b) *Systémové modely*: zabývají se systémem, jeho částmi a vztahy v čase a prostředí. Systémem může být jedinec nebo společenství, částmi mohou být orgány či konkrétní rodiny a prostředím příkladně rodina jedince nebo prostředí města, venkova, země. Zde lze uvést Model systému chování (*Johnsonová*), Teorie dosažení cíle (*Kingová*).

c) *Interakční modely*: zohledňují vztahy mezi lidmi a sociální děje. Příkladně Teorie ošetrovatelského procesu (*Orlandová*), Psychodynamické ošetrovatelství (*Peplauová*).

d) *Modely potřeb*: zaměřují se na potřeby klientů, posouzení z hlediska priorit. Např. Model 21 problémů ošetrovatelství (*Abdellahová*).

e) *Modely výsledků*: kladou důraz na výsledky ošetrovatelské péče, resp. uspokojování potřeb v rámci ošetrovatelského procesu. Takovým je příkladně Model k dosažení klientovy stability a integrity (*Neumanová*).

f) *Humanistické modely*: zdůrazňují humanismus a respektování základních principů lidství. V úvahu berou všechna fakta o klientovi – jeho myšlenky, pocity, hodnoty, zkušenosti, náklonnosti, touhy, chování, tělo a další. Mezi tyto modely řadíme např. Moderní ošetrovatelství (*Nightingaleová*), Teorii transkulturní péče (*Leiningerová*).

g) *Modely energetického pole*: zabývají se koncepcí energie v rámci osoby a prostředí, např. Teorie životního procesu (Rogersová).

h) *Modely ošetrovatelských intervencí*: zdůrazňují význam ošetrovatelských činností a zákroků, např. Systematické zhodnocení funkčního a dysfunkčního stavu zdraví (Gordonová).

i) *Modely substituce*: zajímají se o význam obranných mechanismů, tedy takového chování, které využívá náhradních cílů, neboť původní přestávají být dosažitelné nebo se zcela vytrácejí, např. Model sebepéče (Oremová).

j) *Modely konzervace*: úsilí o zachování všech zbylých příznivých okolností a schopností klienta, např. Aktivita pro zachování života (Roperová).

k) *Modely udržování*: aktivity vedoucí k pomoci pacientovi adaptovat se na situaci při poškozeném zdraví, příkladně model Adaptace na prostředí (Levineová).

l) *Modely zlepšení*: zdůrazňují kvalitu péče o klienta jako cestu v ošetrovatelství, např. Model systému chování (Johnsonová).

(Mastiliaková, 2003; Archalousová, 2003; Pavlíková, 2006)

## Metodologie

Samotné koncepční modely nelze využívat v praktické podobě, neboť jde spíše o abstraktní podklady, myšlenky či úvahy znázorněné jejich autorkami. Aby mohlo být podle takového schématu postupováno, mělo by být možné transformovat model do konkrétních oblastí ve vztahu k ošetrovatelství. Je tedy nutné podle modelu ucelit systém poznatků, které jsou využitelné v praktické podobě. Takové praktické využití koncepčního modelu lze znázornit prostřednictvím ošetrovatelského procesu\*, zejména ve fázi anamnestického sběru.

Ošetrovatelský proces je algoritmem uvažování ošetřujícího ve vztahu k ošetřovanému. Součástí této procedury je mj. realizace a dokumentování ošetrovatelské péče v určitých, systematicky uspořádaných fázích:

1. Sběr specifických údajů o klientovi a o jeho okolí ve vztahu k objektivním a subjektivním poznatkům o jeho problému.
2. Ošetrovatelská diagnostika na základě analýzy získaných dat, tedy identifikace aktuálních i potencionálních problémů dle některé taxonomie.
3. Formulace žádoucích cílů, výsledných kritérií a plán ošetrovatelských intervencí k záměru směřujících.

---

\* Pojem „ošetrovatelský proces“ v této souvislosti nazývá určitou činnost, tedy metodologii (pozn. autora).

4. Praktická realizace naplánovaných intervencí.
5. Výsledné zhodnocení skutečných výsledků ve srovnání s plánovanými, jejich přehodnocení, ukončení nebo znovu naplánování nových, korigovaných cílů. Tedy princip zpětné vazby.

Formální ucelenost fází je jen orientační. V praxi jde o nepřetržitý proces různě prokombinovaných a na sebe navazujících okruhů, které by měly mít ve své izolované podobě právě takové schéma, opírající se o některý z koncepčních modelů ošetrovatelství.

### **Výzkum v ošetrovatelství**

Cílem výzkumu v oboru ošetrovatelství je zlepšit péči o zdraví z hlediska celostního pojetí člověka (Mastiliaková, 2003).

„Diers (1979)\* uvádí tri charakteristické črty sesterského výskumu:

1. Konečným zameraním výskumu musí byť to, čo vplýva na zlepšovanie starostlivosti o pacienta.
2. Výskum prispieva k rozvoju teórie a vedeckej bázy informácií o ošetrovatel'stve.
3. Výskumný problém sa stáva ošetrovatel'ským výskumným problémom, keď majú sestry k nemu prístup a zúčastňujú sa na zvládnutí študovaného javu.“

(Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995; Mastiliaková, 2003)

Výzkum jde souběžně se vzděláváním v nějakém oboru. V našem případě v oboru ošetrovatelství, kde má již vytvořenou stabilní vysokoškolskou pregraduální úroveň. Postgraduální vzdělávání se v tomto oboru v našich podmínkách pozvolna vyvíjí, ačkoliv i zde je pro ošetrovatelství vytvořen manipulační prostor. Nemalou zásluhu na tom mají i národní a nadnárodní profesní organizace.

---

\* Donna Diers, PhD, RN, FAAN; Profesorka na Yale School of Nursing (pozn. autora).  
<<http://nursing.yale.edu/Faculty/diers.html>>

## **1.2.2 Koncepce dle Gordonové**

### **1.2.2.1 Marjory Gordonová**

Působí jako profesorka na Boston College v Massachusetts Spojených států amerických. Pocházela z Clevelandu ve státě Ohio, ošetrovatelské vzdělání získala na Mount Sinai Hospital School of Nursing v New Yorku, bakalářské a magisterské studium ukončila na Uncer College of the City University v New Yorku, doktorandskou práci z pedagogické psychologie na téma diagnostické hodnocení obhájila na Boston College.

Díky státním grantem podpořenému projektu se začala intenzivně soustředit na výuku, studium a výzkum diagnostiky v ošetrovatelství. V roce 1974 identifikovala 11 okruhů vzorců chování, v roce 1987 publikovala Model funkčních vzorců zdraví. Do roku 2004 byla prezidentkou NANDA. Nadále se věnuje výzkumu v oblasti ošetrovatelských diagnóz a plánování ošetrovatelské péče (Pavlíková, 2006; Žiaková, Jarošová, Čáp, 2005).

### **1.2.2.2 Model fungujícího zdraví**

Nebo také Model funkčních vzorců zdraví, Model funkčního typu zdraví či Funkční typ zdraví. Různé překlady či výklady hovoří o stejné koncepci Marjory Gordonové, která vychází z předpokladu, že zdravotní stav klienta může být funkční nebo dysfunkční. Opírá se tak o základy humanistické a holistické filozofie.

„Funkční typy zdraví“ klientů (jednotlivců, rodin, komunity) jsou obecně odvozeny z interakce člověka a prostředí. Stav zdraví člověka je vyjádřením bio-psycho-sociální integrace (poruchy v jedné oblasti narušují rovnováhu/zdraví celého organismu). Funkční typy zdraví jsou ovlivněny biologickými, vývojovými, kulturními, sociálními a duchovními faktory. Pro dysfunkční typ zdraví je charakteristické, že sestra stanoví ošetrovatelské diagnózy podle priorit a sestaví adekvátní plán ošetrovatelské péče nejen u konkrétních chorobných stavů, ale i relativně zdravých jedinců (Mastiliaková, 2003; Trachtová, 2001).

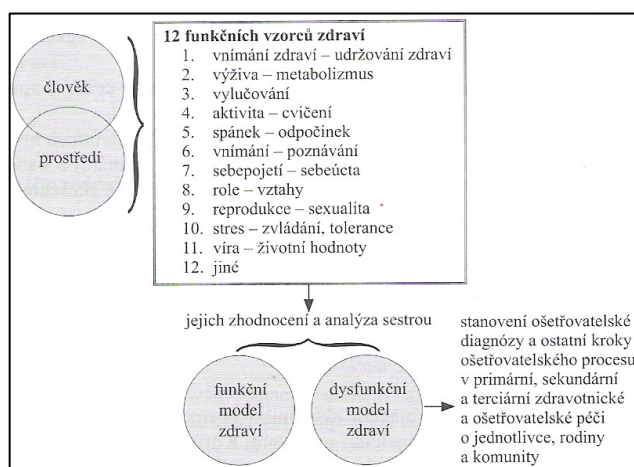
Popis a hodnocení dvanácti vzorců zdraví (viz oddíl 1.2.2.3) umožní sestře rozeznat, zda se u pacienta/klienta jedná o:

- funkční chování (ve zdraví),
- dysfunkční chování (v nemoci).

(Pavlíková, 2006)

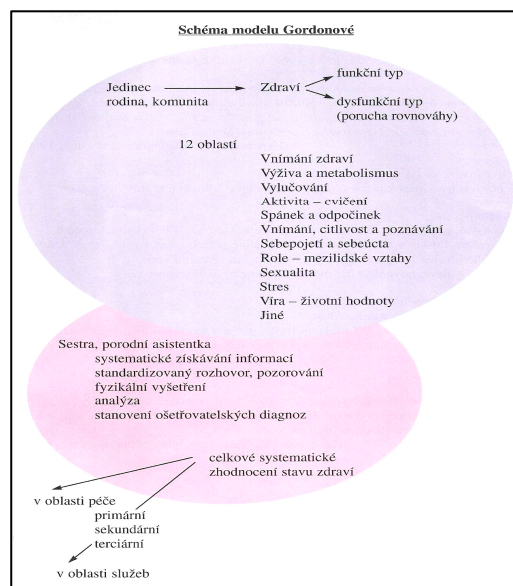
### 1.2.2.3 Dvanáct vzorců zdraví

1. Vnímání zdraví – aktivity k udržování zdraví. Jde o klientův subjektivní pohled na své zdraví, resp. pohodu ve všech myslitelných oblastech, vč. péče o sebe sama.
2. Výživa a metabolismus – způsob přijímání potravy a tekutin ve vztahu k metabolickým potřebám organismu v individuálním pojetí.
3. Vylučování – exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže. Frekvence, autoregulační návyky, charakter exkrementů, množství.
4. Aktivita a cvičení – techniky, způsoby a návyky vedoucí k udržování tělesné kondice, aktivity denního života, trávení volného času, event. absence uvedeného.
5. Odpočinek, spánek – zahrnuje způsob spánku, oddechu, odpočinku a relaxace. Délka, kvalita, podpora, event. rušivé elementy, stres s tím spojený.
6. Vnímání a poznávání – subjektivní hodnocení smyslového aparátu, využívání kompenzačních pomůcek či technik, kognitivní schopnosti, vnímání bolesti apod.
7. Sebepojetí, sebeúcta – hodnocení sebe sama ve smyslu vizáže, charakteru, temperamentu, nadání. V konfrontaci s objektivním úhlem pohledu.



obr. 1.2.1 – Grafické znázornění modelu M. Gordonové

zdroj: Pavlíková, 2006, s. 98



obr. 1.2.2 – Schéma modelu Gordonové

zdroj: Archalousová, 2003, s. 23

8. Mezilidské vztahy, role – vlastní zařazení, způsob přijetí a plnění životních rolí. Úroveň mezilidských vztahů, sociointegrační statut, soulad či narušení vztahů.
9. Reprodukce a sexualita – zahrnuje reprodukční období zejména ženy (porody, potraty, kontracepce, klimakterium...), sexuální uspokojenost, ztotožnění, nemoci.

10. Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance – zásadní životní změny či události v životě klienta v posledním období, techniky zvládnutí, podpora apod.
11. Víra, životní hodnoty – čistě dobrovolné sdělení především ve vztahu k možnostem uspokojení duchovních, kulturních či transcendentních potřeb.
12. Jiné – volná sdělení klienta, jeho přání, vyjádření, obavy či jiné, doposud nesdělené informace.

#### **1.2.2.4 Resumé k modelu dle Gordonové**

Model Funkčního typu zdraví M. Gordonové splňuje požadavek na rámcový standard pro systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta, v jakékoli oblasti systému péče – primární, sekundární a terciární (Mastiliaková, 2003; Archalousová, 2003).

### **1.2.3 Koncepce dle Johnsonové**

#### **1.2.3.1 Dorothy E. Johnsonová**

Základní ošetrovatelské vzdělání získala na Armstrong Junior College v Savannah, bakalářského vzdělání dosáhla na Vanderbilt University v Naschvillu. Následně pracovala jako sestra a staniční sestra. V roce 1948 ukončila magisterské vzdělání v oboru veřejné zdravotnictví na Harvard University v Bostonu.

V 50. letech minulého století se D. E. Johnsonová zajímala o biologické, psychologické, behaviorální a sociální odpovědi jedinců na stres. Předpokládala, že pacienti/klienti jsou vystaveni účinkům stresu působením vnějších a vnitřních stimulů. V roce 1968 poprvé prezentovala svůj model, jehož základní ideou je behaviorální systém jedince a podpora účelného chování pacienta/klienta v souvislosti s onemocněním a prevencí. Definitivní verzi modelu po několika revizích a definicích publikovala v roce 1980 (Pavlíková, 2006).

#### **1.2.3.2 Model behaviorálních systémů**

Základní myšlenkou modelu je, že všechny schematické, opakující se a záměrné způsoby chování, které charakterizují život každého člověka, utvářejí organizovaný a ucelený systém. Podle Johnsonové může být lidské chování předvídáno a uspořádáno do sedmi subsystémů závislých na třech funkčních požadavcích (viz oddíl 1.2.3.3). Tímto je do jisté míry předurčeno praktické využití Modelu behaviorálních systémů pro klienty, u kterých je zdravotní problém zaměřen na změnu dosavadního chování.

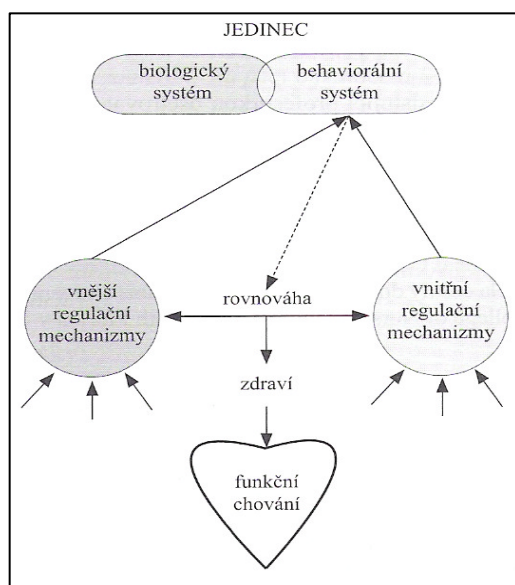
Behaviorální systém je integrovaná a organizovaná jednota charakterizovaná interakcemi mezi jedincem a prostředím (vnější regulační mechanismy) a vztahem mezi jedincem a objekty, událostmi a situacemi uvnitř světa jedince (vnitřní regulační mechanismy). Podle Johnsonové „Lidé usilují o rovnováhu v jejich systému a ta vede k funkčnímu chování. Nerovnováha ve strukturálních a funkčních attributech subsystému vyvolává poruchy zdraví.“ (Pavlíková, 2006; Archalousová, 2003).

#### **1.2.3.3 Sedm subsystémů/podsystémů**

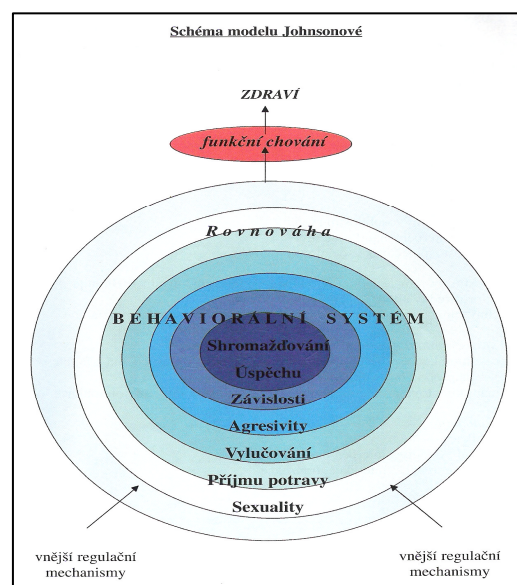
1. Subsystém shromažďování a příslušnosti – zaměřuje se na sociální interakci ve svém prostředí, ve smyslu patřit k někomu/něčemu, souviset s něčím, sounáležet...
2. Subsystém úspěchu/výkonu – soustředěný na sebekontrolu, autoregulaci svého chování, zdokonalování, vytváření rozumových, fyzických a sociálních dovedností.



3. Subsystem závislosti – zabývá se možnostmi udržet zdroje prostředí potřebné pro dosažení pozornosti, pomoci, bezpečí či získání důvěry.
4. Subsystem agresivity – zahrnuje ochranu vlastní osoby nebo ostatních před domnělým či reálným ohrožením, dosáhnout sebeochrany a schopnosti prosadit se.
5. Subsystem vylučování – biologický element zahrnující vylučování exkrementů a dalších odpadních látek.
6. Subsystem příjmu potravy – kulturní a sociální vlivy na stravování, biologická potřeba potravy a příjmu tekutin.
7. Subsystem sexuality – plnění očekávání v sexuální oblasti, prožívání a pudy, pohlavní rozdíly, faktory ovlivňující sexuální chování.



obr. 1.2.3 – Grafické znázornění modelu Johnsonové  
zdroj: Pavlíková, 2006, s. 109



obr. 1.2.4 – Schéma modelu Johnsonové  
zdroj: Archalousová, 2003, s. 29

Každý subsystem se svými specifickými účely má vztahy s dalšími podsystémy nebo s prostředím. Zároveň je v neustálé interakci s celkovým systémem. Schopnost každého podsystému úspěšně plnit své funkce závisí na třech funkčních požadavcích:

- *ochrana*, potřeba daný subsystem bránit, resp. oprostit od škodlivých vlivů, se kterými se neumí vyrovnat,
- *podpora*, vhodnými technikami či metodami podsystém podporovat a přispívat jeho rozvoji v žádoucím smyslu,
- *stimulace*, adekvátními impulzy udržovat subsystem v činnosti, minimalizovat jeho stagnaci.

#### **1.2.3.4 Resumé k modelu dle Johnsonové**

Model behaviorálního systému D. E. Johnsonové je možné aplikovat u pacientů/klientů, u kterých chceme změnit jejich dosavadní chování, například u jedinců s poruchou příjmu potravy, u osob s abúzem psychoaktivních látek apod. Model je zaměřený více na interakce jedince s prostředím a méně na oblast fyzického zdraví (Pavlíková, 2006).

#### **1.2.4 Závěrečné shrnutí tématického bloku**

S ohledem na mezinárodní zkušenosti a dlouhodobé poznatky v teorii ošetrovatelství, kam lze koncepční modely zařadit, je nepochybně nutné zkoumat, analyzovat a aplikovat tyto teorie do praxe i v našich národních podmínkách. Rozpor může vznikat v názorech na použitelnost koncepcí v praktickém ošetrovatelství. Každá teorie, model či koncepce je postavená na jisté univerzalitě jak ošetrovaného, tak ošetřujícího. To vede k větší či menší míře zobecňování a abstrakci. Tak jsou také příslušné modely ve svém původním výkladu koncipovány. Problém praktické aplikace koncepčních modelů ošetrovatelství se snaží poodhalit empirická část této práce; nebo se alespoň pokusí obhájit smysluplnost této otázky.

## **2 EMPIRICKÁ ČÁST**

### **2.1 Výzkumná sonda**

#### **2.1.1 Podnět k realizaci šetření**

Předpokladem k realizaci jakéhokoliv výzkumu je jeho smysluplnost. Apel kladený na tento fakt je dominantou, která by neměla být opomíjena. Tato dominanta činí z každého výzkumu dynamický proces, resp. proceduru, která se vyvíjí, moduluje a mění. Přizpůsobuje se tak vlivům svého okolí.

Při zpracovávání své práce jsem si kladl řadu otázek. Jaký smysl budou mít výsledky mého snažení? Jaké jsou vlastně zkušenosti v českých zdravotnických zařízeních s vedením ošetrovatelské dokumentace? Jaké zde mají zkušenosti s aplikací koncepčních modelů ošetrovatelství? Má smysl zpracovávat konkrétní koncepční modely, zadané v úvodu mé práce? Tedy modely dle Johnsonové a Gordonové? Je smysluplné zpracovávat téma tolikrát analyzované a aplikované, v teoretické i praktické rovině?

Před zahájením většiny svých kroků jsem tedy vytvořil a vyslal výzkumnou sondu, která měla alespoň částečně zodpovědět otázky výše zmíněné, a tím i přispět k dalšímu vývoji mé práce.

#### **2.1.2 Zadání dotazníku**

Obsahem sondy je dotazník tvořený sedmi oblastmi, které mají zmapovat situaci ve zdravotnických zařízeních v České republice, resp. v nemalém jejich množství, a sice ve sledovaném období 09/2007 – 11/2007. Vytvořený dotazník jsem odeslal představitelům ošetrovatelství, tedy hlavním sestrám či náměstkům ošetrovatelské péče apod., ve 108 zdravotnických či pečovatelských zařízeních v České republice (plné znění v příloze č.1).

Pod názvem: „*Sonda stručného zmapování praktických zkušeností s definovanými koncepčními modely ošetrovatelství, v různých zdravotnických či pečovatelských zařízeních v ČR.*“ jsou uvedeny následující otázky:

- 1) Pracujete ve Vašem zařízení/instituci s ošetrovatelskou dokumentací (graf 2.1.1)?
- 2) Je Vaše ošetrovatelská dokumentace zpracována podle některého z koncepčních modelů ošetrovatelství, alespoň schématicky (graf 2.1.2)?
- 3) Máte ve Vašem zařízení/instituci zkušenosti s využíváním koncepčního modelu dle Gordonové (graf 2.1.3)?

- 4) Máte ve Vašem zařízení/instituci zkušenosti s využíváním koncepčního modelu dle Johnsonové (graf 2.1.4)?
- 5) Je ošetrovatelská dokumentace, vedená ve Vašem zařízení/instituci, zpracována podle některého z výše uvedených modelů (graf 2.1.5)?  
Dle Gordonové, dle Johnsonové (graf 2.1.6)?
- 6) Jeví se Vám práce s ošetrovatelskou dokumentací, specifickou pro Vaše zařízení/instituci, jako účelná a efektivní (graf 2.1.7)?
- 7) Domníváte se, že je ošetrovatelská dokumentace univerzálně využitelná u všech klientů Vašeho zařízení/instituce (graf 2.1.8)?

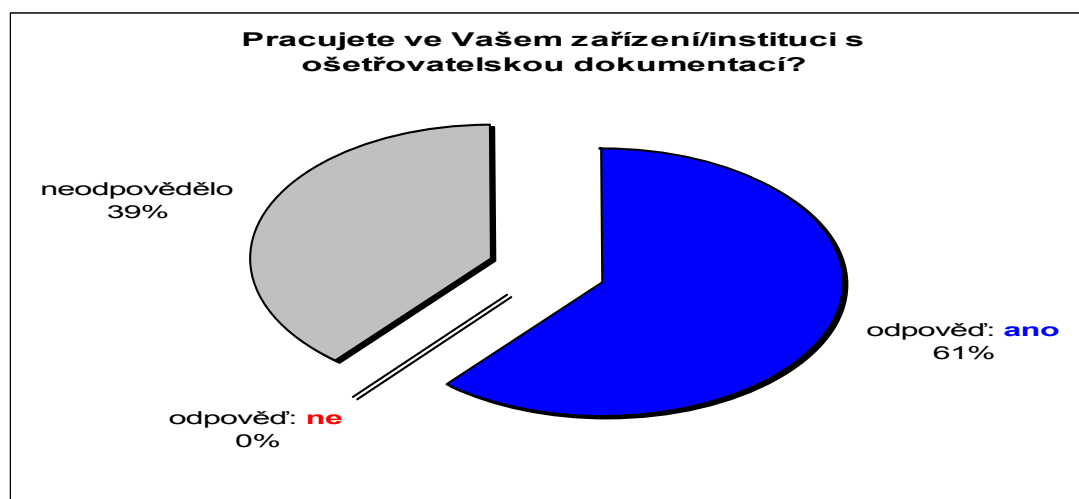
### **2.1.3 Zpracování sondy**

#### **2.1.3.1 Pracovní postup**

Po odeslání všech dotazníků jsem ve lhůtě dvou následujících měsíců přijímal a zpracovával údaje a odpovědi. Ze 108 oslovených institucí jich odpovědělo 66. Zbývajících 42 na dotazník nereagovalo nebo odmítlo z různých důvodů odpovědět. Podotýkám, že sonda byla institucím adresována s přiloženým komentářem, kde mimo jiné zdůrazňuji plnou anonymitu ve smyslu zpracování přijatých informací. Pro názornější ilustraci stavu převádím získané hodnoty zodpovězených otázek do procentuální podoby. Ke každému grafu (viz dále) připojuji komentář, který často bývá hybným prvkem, určujícím další vývoj výzkumu v této práci.

### 2.1.3.2 Transfer do grafické podoby

ad dotaz 1)



graf 2.1.1 – Práce s ošetrovatelskou dokumentací

**Komentář:** Z celkového počtu oslovených 108 institucí jich odpovědělo 61%. V době šetření ve všech těchto zařízeních pracovali s ošetrovatelskou dokumentací. Tedy v souladu s platnou legislativou (zejména vyhláška MZČR č. 385/2006 Sb., novelizována vyhláškou MZČR č. 64/2007 Sb.).

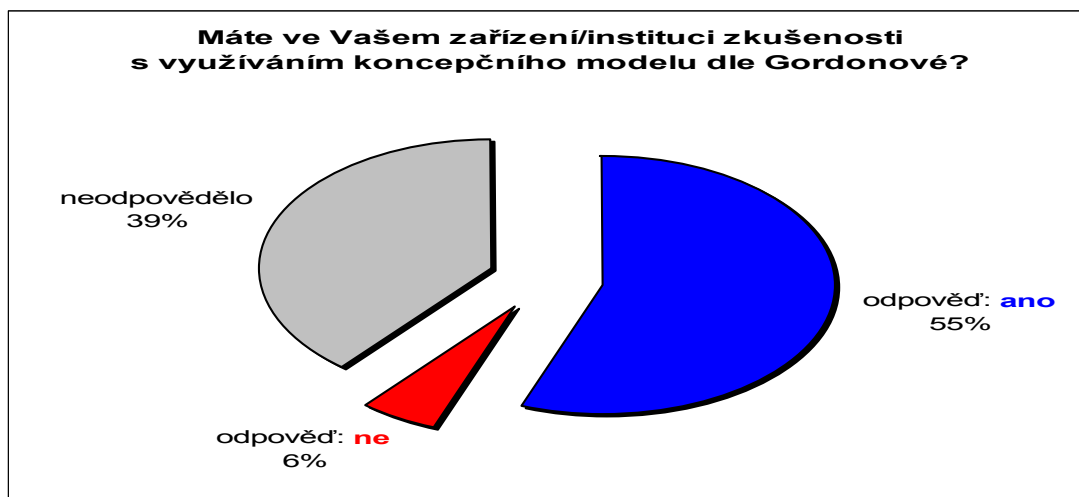
ad dotaz 2)



graf 2.1.2 – Podklad ke zpracování ošetrovatelské dokumentace 1

**Komentář:** Doporučené postupy ke zpracování ošetrovatelské dokumentace nemusí být všude akceptovány. 8% záporných odpovědí naznačuje, že nebylo všude dokumentováno podle některého z koncepčních modelů ošetrovatelství. Lze předpokládat, že zákonem definovaný obsah záznamu o ošetrovatelské péči byl respektován (viz vyhláška MZČR č. 385/2006 Sb., příloha č. 1, odd. 11, vč. novely).

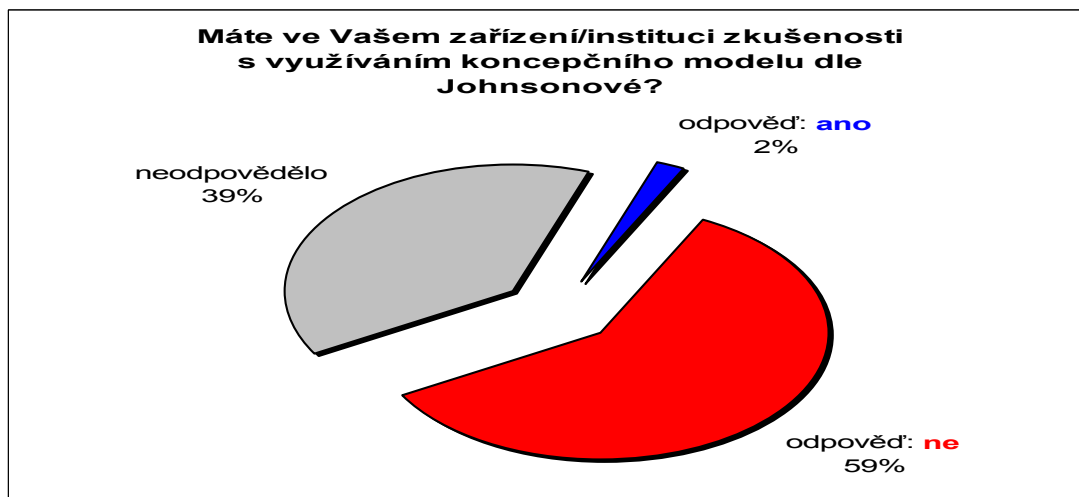
ad dotaz 3)



graf 2.1.3 – Zkušenosti s koncepčním modelem dle Gordonové

**Komentář:** Hodnocení zkušeností s příslušným modelem, tedy dle Gordonové, nemělo být jednoznačnou odpovědí na to, zda podle tohoto konceptu v daném zařízení postupovali. Kladný ukazatel 55% naznačuje nezanedbatelnou, minimálně teoretickou zkušenost českých zdravotnických a jiných institucí s tímto modelem.

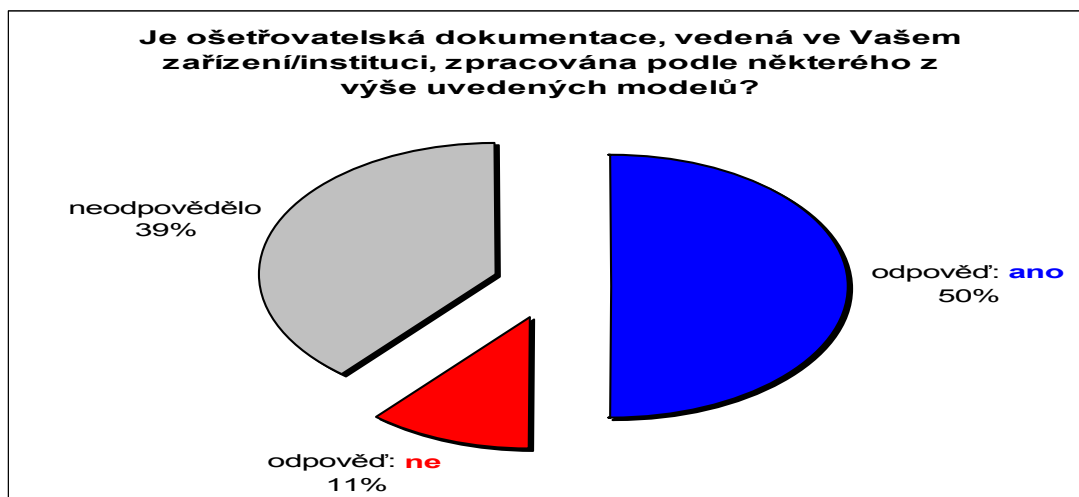
ad dotaz 4)



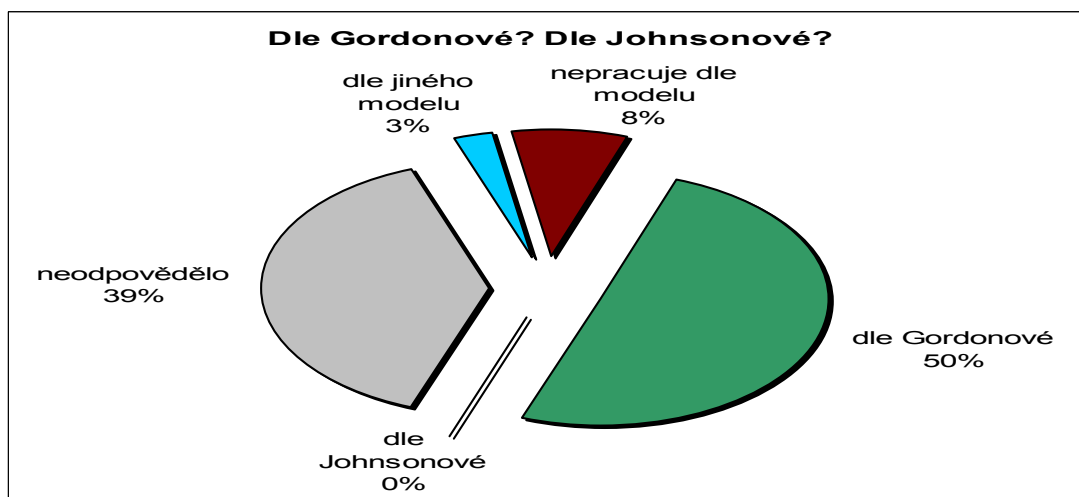
graf 2.1.4 – Zkušenosti s koncepčním modelem dle Johnsonové

**Komentář:** Ani zde neměla být výpovědní hodnota zaměřena na praktickou podobu aplikace koncepčního modelu, v tomto případě dle Johnsonové. Překvapivá však byla minimální zjištěná, tj. 2% zkušenost s touto teorií v dotazovaných institucích.

ad dotaz 5)



graf 2.1.5 – Podklad ke zpracování ošetrovatelské dokumentace 2



graf 2.1.6 – Specifikace podkladů ke zpracování ošetrovatelské dokumentace

**Komentář:** Nyní ukazatelé více specifikují podobu ošetrovatelské dokumentace v praxi. Z celkového počtu 108 oslovených zařízení jich 50% odpovědělo, že v době šetření pracovali s ošetrovatelskou dokumentací zpracovanou podle některého z koncepčních modelů, které byly v dotazníku zmíněny. Tedy podle Gordonové nebo Johnsonové. 11% institucí podle těchto teorií nepracovalo, nebo dávalo přednost jinému modelu.

To je doloženo v grafu 2.1.6, který udává, že stejné procento kladně odpovídajících institucí pracovalo s modelem dle Gordonové. Jednoduchým výpočtem lze odvodit, že 8% tázaných zařízení nevyužívalo žádného koncepčního modelu ošetrovatelství a 3% institucí pracovalo podle jiné koncepce (porovnáno s grafem 2.1.2). Z odpovědí bohužel nelze určit, podle kterého modelu. V době výzkumu nevyužívalo žádné z odpovídajících zařízení koncepční model dle Johnsonové.

ad dotaz 6)



graf 2.1.7 – Účelnost, efektivita ošetrovatelské dokumentace

**Komentář:** Znázorněná hodnota byla očekávanou odpovědí. Zde se dotázaní představitelé ošetrovatelství různých zdravotnických či jiných zařízení České republiky hlásili „ke své koncepci“. Tedy všichni, kdo odpověděli, vnímali ošetrovatelskou dokumentaci ve „svém“ zařízení jako účelnou a efektivní.

Je to tak v pořádku. Úsilí vyvíjené pro vytvoření efektivní dokumentace je motivováno právě ambicemi důležitých osobností ve vrcholném managementu každého zařízení. Paradoxně se zde vytrácí subjektivní vjem klienta či klientky, které, buďme upřímní, ošetrovatelská dokumentace v době nemoci spíše nezajímá. To však není důvodem pro její zavržení.



ad dotaz 7)



graf 2.1.8 – Univerzalita ošetrovatelské dokumentace

**Komentář:** Zde se posouváme do přinejmenším zajímavé roviny. Univerzalita byla vždy pro ošetrovatelství „velkým problémem“. Tento fakt logicky navazuje na teorii holismu. Lze jen obtížně skloubit individuální přístup v jeho celistvé podobě s univerzálním pojetím. Domnívám se, že odpovědi ve znázorněném grafu upozornily na tuto problematiku. Nemalá skupina dotazovaných institucí odpověděla, že se u nich s tímto problémem určitým způsobem vypořádali. Jde však o příliš irelevantní ukazatel, neboť posuzuje odpovědi samotných představitelů ošetrovatelství zdravotnických či jiných zařízení. Chybí hodnocení pacientů, všeobecných sester, ošetrovatelů, lékařů a dalších. To je však téma pro jinou studii.

### **2.1.3.3 Výstupy výzkumné sondy**

#### **ad dotaz 1)**

Ve všech odpovídajících institucích pracovali v době šetření s nějakou formou ošetrovatelské dokumentace, mj. i z respektu k legislativě České republiky. Je tedy účelné zabývat se problematikou smysluplnosti ošetrovatelské dokumentace.

#### **ad dotaz 2)**

Většina zařízení měla dokumentaci zpracovanou dle některého z teoretických koncepčních modelů. Potvrdila se tak účelnost studia možností, které vybrané koncepční modely ošetrovatelství nabízejí.

#### **ad dotaz 3) a 4)**

Tato práce je orientována na koncepční modely ošetrovatelství dle Gordonové a dle Johnsonové. Bylo tedy vhodné zjistit, jaká je zkušenost s těmito modely v české nelékařské zdravotnické praxi. Drtivou většinou „zvítězil“ model dle Gordonové, ovšem i s druhou teorií, tedy dle Johnsonové, měli v dotazovaných institucích jisté zkušenosti. Proto je vhodné obě tyto koncepce představit.

#### **ad dotaz 5)**

Praktickou podobu, dle výsledků šetření, měl z obou uvedených modelů pouze ten dle Gordonové. Má studie se tedy bude zabývat především touto koncepcí, zejména její využitelností u klientů v různých stádiích Huntingtonovy nemoci (viz oddíl 1.1.5.1). Koncepční model dle Johnsonové představím ve vzorových kazuistikách (viz podkapitola 2.3).

#### **ad dotaz 6) a 7)**

Poslední dvě otázky mají značně subjektivní charakter. Jejich význam spatřuji především v upozornění na určitou problematiku, kterou by zajisté bylo zajímavé zpracovat v některé z dalších studií.

## **2.2 Zpracování problému**

### **2.2.1 Výzkumný problém**

Jak bylo v teoretické části mé práce několikrát zmíněno, společným charakteristickým prvkem koncepčních modelů ošetrovatelství je určité abstraktní pojetí. Autorky koncepcí představily k dalším studiím, analýzám a aplikacím teorie, které mají „uchopit“ klienta, pochopit jeho podstatu a nasměrovat jej k plnohodnotnému žití. Jde o ideální rovnici, která však řešení mnohdy obtížně hledá nebo dokonce postrádá. Individualita jedince totiž skrývá mnohé neznámé.

Výzkumným problémem je odlišnost, kterou obsahují techniky využití některého z koncepčních modelů, v českém zdravotnictví nejfrekventovaněji využívaných. Jak ukázala výzkumná sonda, je touto koncepcí model dle Gordonové. Jinými slovy: Do jaké míry se liší využití zmíněného koncepčního modelu při plánování ošetrovatelské péče u klientů s různým stupněm deficitu sebepéče, resp. při schopnosti spolupracovat nebo nespolutracovat?

### **2.2.2 Výzkumný cíl**

Podkladem ke stanovení některých cílů této práce bylo zodpovězení vybraných, již dříve položených otázek (viz podkapitola 2.1). Tyto odpovědi částečně upravily vývoj celého výzkumného procesu. To vysvětluje podstatu úvodní podkapitoly v empirické části této studie. V teoretické kapitole lze očekávat poskytnutí objektivních informací, čerpaných především z literatury citované v samostatném seznamu. Předpokládaným záměrem mé bakalářské práce je tedy následující.

V teoretické části:

- Poodhalení a částečné seznámení s problematikou onemocnění, klasifikovaného v MKN 10 jako G10 Huntingtonova nemoc.
- Stručné proniknutí do teorie ošetrovatelství obecně.
- Schématický nástin vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství.
- Podrobnější studie koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové.
- Podrobnější studie koncepčního modelu ošetrovatelství dle Johnsonové.

V empirické části:

- Zmapování dosavadních zkušeností s využitím vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství ve zdravotnických zařízeních v České republice, resp. v nemalém jejich množství, a sice ve sledovaném období 09/2007 – 11/2007.
- Seznámení se záměrem a cíli výzkumu a s využitými metodami k jeho realizaci.
- Prezentace praktického využití některých škálovacích pomůcek k selekci klientů s diagnózou Huntingtonova nemoc do různých stádií tohoto onemocnění.
- Prezentace praktického využití koncepčního modelu dle Gordonové prostřednictvím kazuistik u vybraných klientů.
- Porovnání využitelnosti koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové u klientů s různou mírou soběstačnosti, schopností spolupráce a odlišnou úrovní kognitivních funkcí při stejné lékařské diagnóze, tedy Huntingtonově nemoci.
- Prezentace možného praktického využití koncepčního modelu dle Johnsonové prostřednictvím publikovaných kazuistik.

### **2.2.3 Metody výzkumu**

Celý výzkum je poměrně členitý a sestavený z několika záměrů, které bylo třeba posuzovat z různých úhlů pohledu, s využitím různé metodologie. Valná většina mnou použitých metod byla popisována v dostupné literatuře, ojediněle jsem využil vlastního zájmu formulovaného do konkrétních dotazů.

Před zahájením všech svých kroků, které byly v přímé spojitosti s některým z klientů, jsem každému ponechal k podepsání informovaný souhlas (plné znění v příloze č. 2). Rovněž jsem si vyžádal vyjádření etické komise pracoviště, kde podstatná část výzkumu probíhala, tedy v PL Bohnice (viz příloha č. 3).

#### **Dotazníková metoda**

Technika, která mi umožnila vytvořit jakýsi orientační přehled, mapující využívanost a domnělou efektivitu některých koncepčních modelů ošetrovatelství v českém zdravotnictví, resp. dokumentovala názor vybrané skupiny představitelů těchto institucí. V dotazníku jsem pokládal otázky, které byly cíleně formulovány tak, aby jejich odpověď byla kladná nebo záporná. Bylo obesláno 108 zdravotnických zařízení ve sledovaném období 09/2007 – 11/2007, s návratností 61%. Dotazník byl převeden do procentuální a grafické podoby s připojenými komentáři (viz podkapitola 2.1 a příloha č.1).

## **Škálování**

K samotné výzkumné činnosti bylo možno přistoupit až s výběrem klientů, kteří splňují potřebná kritéria, na základě kterých jsem byl schopen určit přibližné stádium Huntingtonovy nemoci (viz oddíl 1.1.5.1). K tomuto nejlépe posloužily vybrané škály hodnotící úroveň soběstačnosti. Pro vyšší spolehlivost jsem využil více hodnotících stupnic:

- 1) Index soběstačnosti – udává průměrnou hodnotu kódů pro funkční úroveň soběstačnosti v rámci fyzikálního vyšetření a objektivního pozorování sestrou.
- 2) Test základních všedních činností, ADL dle Barthelové (viz příloha č. 4).
- 3) Test funkční soběstačnosti, FIM (viz příloha č. 5).

Z devíti klientů různého pohlaví se stejnou základní diagnózou jsem tedy určil pět mužů, kteří splňovali parametry pro zařazení do některého z pěti stádií Huntingtonovy nemoci.

## **Odběr anamnézy a plánování ošetrovatelské péče**

Zde šlo o systematický odběr osobní anamnézy formou rozhovoru, fyzikálního vyšetření, objektivního pozorování, analýzy získaných informací a stanovení problémů klienta s následným vypracováním ošetrovatelského plánu. To vše dle standardizovaného postupu zpracovaného na základě koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové (viz přílohy č. 6 – 10).

## **Porovnání využitelnosti koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové**

U pěti klientů v různých stádiích onemocnění jsem hodnotil parametry, které se při aplikaci tohoto modelu standardně využívají. Stanovil jsem tedy 15 porovnávacích kritérií. Tyto jsem následně v každé kazuistice sečetl a zaznamenal do tabulky 2.2.5 (viz oddíl 2.2.6). Získané hodnoty takto přehledně poukazují na odlišnosti ve využití koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové u klientů s různým deficitem sebepéče či různou úrovní kognitivních funkcí.

## 2.2.4 Selektce výzkumného vzorku

Podstatou výzkumu v mé práci je porovnání využitelnosti koncepčního modelu ošetrovatelství dle Gordonové u klientů v různých stádiích Huntingtonovy nemoci. Právě smutná prognóza tohoto onemocnění vhodným způsobem udává kategorie nemocných, kteří od počátečních mimovolných pohybů při plné kognitivní kondici postupně upadají do stavu úplné imobility s rozvinutou hlubokou demencí a sérií přidružených komplikací. Je naprosto nezpochybnitelné, že úroveň spolupráce bude rovněž odlišná. V kontrastu s univerzálním pojetím zmíněné koncepční teorie bylo přinejmenším lákavé poodhalit míru rozdílnosti ve standardizované metodě vedení ošetrovatelské péče.

Před samotným odběrem ošetrovatelské anamnézy s následným určením ošetrovatelských diagnóz bylo tedy nutné vybrat „vhodné“ klienty, které by bylo možné zařadit do příslušných stádií Huntingtonovy nemoci. U devíti dostupných pacientů se stejnou diagnózou, s využitím několika renomovaných škál a v součinnosti s projevy nemoci, jsem selektoval skupinu pěti klientů, se kterými jsem následně dále pracoval.

### 2.2.4.1 Použití škál

Jak bylo v teoretické části zmíněno, podle úrovně soběstačnosti lze Huntingtonovu nemoc rozdělit do pěti stádií, tedy *rané stádium*, *rané střední stádium*, *pozdní střední stádium*, *počáteční pokročilé stádium* a *pokročilé stádium*. U všech klientů jsem použil tři různých škál, a sice Index soběstačnosti (dále též IS), Test základních všedních činností (dále též ADL) a Test funkční soběstačnosti (dále též FIM).

### Index soběstačnosti – IS

IS je průměrnou veličinou, vypočítanou ze škálování funkční úrovně soběstačnosti při objektivním pozorování a testování klienta v rámci odběru ošetrovatelské anamnézy standardizovaným postupem, dle koncepce Gordonové (viz tab. 2.2.1). Jednotlivé položky se hodnotí podle níže uvedeného klíče.

Schopnost najít se: 2	Pohyb na lůžku: 0
Schopnost umýt se: 2	Schopnost uvařit si: 5
Schopnost vykoupat se: 3	Schopnost nakoupit si: 2
Schopnost obléknout se: 2	Udržovat domácnost: 5
Celkový pohyb: 0	<i>Index soběstačnosti: 2,3</i>

tab. 2.2.1 – Kódy funkční úrovně soběstačnosti, vzor

zdroj: autor, kazuistika dle Gordonové u klienta ve 3. stadiu HN, příloha č. 8

klíč: 0=nezávislý/a; 1=vyžaduje pomocný prostředek; 2=potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby; 3=potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení; 4=potřebuje úplný dohled; 5=potřebuje úplnou pomoc, sám/a není schopen/na

### Test základních funkčních dovedností – ADL

ADL dle Barthelové je známou a poměrně rozšířenou škálou, užívanou na řadě pracovišť. Skládá se z 10 oblastí, které zběžně mapují základní denní činnosti člověka. Podle přiloženého klíče se hodnotí jednotlivé oblasti, výsledné hodnocení pak orientačně udává míru soběstačnosti (viz tab. 2.2.2).

hodnocení:	
0 – 40 bodů	vysoce závislý v běžných denních aktivitách
45 – 60 bodů	závislý
60 – 105 bodů	závislost lehčího stupně
110 bodů	soběstačný v základních všedních činnostech

tab. 2.2.2 – Hodnocení v Testu základních všedních činností, ADL dle Barthelové

zdroj: Hronová, 2006, <[www.supervize-poradenstvi.cz](http://www.supervize-poradenstvi.cz)>

### Test funkční soběstačnosti – FIM

Jinak také Funkční index soběstačnosti je v podstatě rozšířenou variantou ADL dle Barthelové, zejména o sledování kognitivních funkcí. Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty). Každou z funkcí hodnotíme 7 stupňovou bodovou škálou, tedy plná pomoc (1 bod) až plná soběstačnost (7 bodů). Celkové rozpětí skóre je 18 – 126 bodů, z toho pohybová dovednost: 13 – 91 bodů, psychické funkce: 5 – 35 bodů (podrobněji v příloze č. 5).

#### 2.2.4.2 Znázornění výsledku škálování

Pro vyšší přehlednost uvádím v tab. 2.2.3 výsledná skóre různých škál u klientů v uvedených pěti stádiích Huntingtonovy nemoci. Přehled znázorněných výsledků, ve srovnání s hodnocením u každé z použitých škál a s náhledem do uvedených kazuistik, dává čtenáři k dispozici nástin úrovně soběstačnosti a schopnosti spolupráce vybraných klientů.

	IS	ADL	FIM
1) rané stádium HN kazuistika v příloze č. 6	0,8	105	119
2) rané střední stádium HN kazuistika v příloze č. 7	1,6	100	108
3) pozdní střední stádium HN kazuistika v příloze č. 8	2,3	90	98
4) počáteční pokročilé stádium HN kazuistika v příloze č. 9	3,8	50	47
5) pokročilé stádium HN kazuistika v příloze č. 10	4,8	15	22

tab. 2.2.3 – Výsledná skóre škál u klientů v různých stádiích HN

zdroj: autor

### 2.2.5 Využití koncepce dle Gordonové

Zdraví člověka je v modelu Gordonové vyjádřením bio-psycho-sociální interakce. Je ovlivňováno faktory vývojovými, kulturními, duchovními a spirituálními i dalšími. Dojde-li k poruše v jedné z těchto oblastí, hovoříme o dysfunkci. Pro dysfunkční typ zdraví je třeba stanovit ošetřovatelské diagnózy, a to nejen u chorobných stavů, tedy v sekundární a terciální prevenci, ale i u relativně zdravých jedinců v primární prevenci, než dojde k narušení zdraví a vzniku nemoci (Archalousová, Slezáková, 2005).

Jak bylo uvedeno v teoretické části této práce, obsahem modelu dle Gordonové je 12 oblastí, z nichž každá představuje funkční nebo dysfunkční součást zdraví člověka. Těchto dvanáct vzorců zdraví je pro sestru/ošetřovatele vodítkem k systematickému sbírání potřebných informací a následnému plánování ošetřovatelské péče.

Koncepční model dle Gordonové udává rámcový standard pro systematické ošetřovatelské zhodnocení zdravotního stavu klienta, v jakékoli oblasti systému péče, tj. primární, sekundární i terciální. Role sestry zahrnuje ošetřovatelské dovednosti, které je třeba zvládnout při praktickém využití modelu (Archalousová, Slezáková, 2005).

1.	Systematické získávání informací v jednotlivých oblastech.
2.	Zvládnutí a používání standardních metod (rozhovor, pozorování, ošetřovatelský screening – fyzikální vyšetření).
3.	Posouzení funkčního a dysfunkčního typu zdraví.
4.	Analýza informací.
5.	Diagnostikování klientových problémů s použitím odborné terminologie.
6.	Plánování a vyhodnocení péče u zdravého i nemocného klienta, dospělého i dítěte.

tab. 2.2.4 – Jednotlivé ošetřovatelské dovednosti při aplikaci modelu

zdroj: Archalousová, Slezáková, 2005, s. 18

#### 2.2.5.1 Obecné seznámení s pracovním postupem

U pěti vybraných klientů jsem standardizovaným postupem (viz oddíl 2.2.5.2) odebral ošetřovatelskou anamnézu, stanovil ošetřovatelské diagnózy a sestavil plán ošetřovatelské péče. Při definici konkrétních klientových problémů jsem postupoval dle seznamu ošetřovatelských diagnóz NANDA, publikovaných v Kapesním průvodci zdravotní sestry, ve 2. vydání (Doenges, Moorhouse, 2001).

Konkrétní kazuistiky lze nalézt v přílohách č. 6; 7; 8; 9 a 10.



#### **2.2.5.2 Standardizovaný postup při aplikaci modelu**

Standardizovaná metoda má svá přesně definovaná pravidla, kterými je řízena a podle kterých je postupováno. Tato pravidla jsem pochopitelně při své práci respektoval. Každá z mnou prezentovaných kazuistik tedy obsahuje následující:

- I. Obecné údaje o klientovi/situační kazuistika
- II. Ošetřovatelská anamnéza
  - a) Záznam informací z rozhovoru s klientem
    - 1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví
    - 2) Výživa a metabolismus
    - 3) Vylučování
    - 4) Aktivita, cvičení
    - 5) Spánek, odpočinek
    - 6) Vnímání, poznávání
    - 7) Sebepojetí, sebeúcta
    - 8) Plnění rolí, mezilidské vztahy
    - 9) Sexualita, reprodukční schopnost
    - 10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance
    - 11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty
    - 12) Jiné
  - b) Záznam fyzikálního vyšetření a objektivního pozorování
    - 1) Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou
    - 2) Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5
    - 3) Objektivní hodnocení
- III. Analýza získaných informací
  - 1) Shrnutí zjištěného
  - 2) Zjištěné problémy klienta
- IV. Stanovení ošetřovatelských diagnóz, plán péče

#### **2.2.5.3 Shrnutí**

Není smyslem mého snažení potvrdit nebo vyloučit tvrzení, která definují koncepční model dle Gordonové, jako univerzálně použitelný u všech klientů s veškerou rozmanitostí projevů nemoci, nebo i zdraví. Taková činnost by byla bezpředmětná. Ve své práci pouze nabízím určité srovnání ve využití jediné koncepce u pacientů se stejnou lékařskou diagnózou, avšak s markantně odlišnou úrovní spolupráce, soběstačnosti a celkového stavu.

## **2.2.6 Výsledky výzkumu**

Ke znázornění výsledků výzkumu bylo nutné uzpůsobit a převést obtížně hmatatelná kritéria do podoby, ve které by se daly spočítat a číselně vyjádřit. Některá kritéria jsem hodnotil přímo v průběhu odebírání ošetřovatelské anamnézy, jiná jsem sčítal až při stanoveném plánu ošetřovatelské péče. Výsledek budiž orientačním ukazatelem, který nastíní rozdíly ve využití aplikovaného koncepčního modelu ošetřovatelství, tedy dle Gordonové.

### **2.2.6.1 Porovnávací kritéria**

Kritéria byla postavena na základě počitatelných ukazatelů. Není jejich smyslem vybrat některá specifika aplikované metody, ale uplatnit princip opakovatelnosti, verifikace a použitelnosti i v jiných podmínkách.

15 sledovaných parametrů jsem rozdělil do 4 podskupin:

- I. Kritéria struktury
  - a) časová dotace v minutách
  - b) počet použitých pomůcek
- II. Kritéria anamnézy
  - a) počet kladených otázek
  - b) počet zodpovězených otázek
  - c) počet nezodpovězených otázek
  - d) počet odpovědí formou „ANO“ nebo „NE“
  - e) počet jiných odpovědí (větou, jednoslovně nebo gestem)
- III. Kritéria ukazatelů v Záznamu informací z rozhovoru s klientem
  - a) počet biologických ukazatelů
  - b) počet psychických ukazatelů
  - c) počet sociálních ukazatelů
  - d) počet spirituálních ukazatelů
- IV. Kritéria ošetřovatelské diagnostiky, na základě získané anamnézy
  - a) počet stanovených problémů
  - b) počet stanovených ošetřovatelských diagnóz celkem
  - c) počet stanovených aktuálních ošetřovatelských diagnóz
  - d) počet stanovených potencionálních ošetřovatelských diagnóz

### 2.2.6.2 Číselná ilustrace kritérií

Pět klientů, každý v jiném stadiu základního onemocnění, tedy Huntingtonovy nemoci, bylo podrobeno standardizovanému odběru ošetřovatelské anamnézy na základě koncepčního modelu dle Gordonové. Následně jim byl stanoven určitý výčet ošetřovatelských diagnóz dle taxonomie NANDA. Ve znázorněném schématu jsou tito klienti označeni jako 1. – 5. stádium Huntingtonovy nemoci.

Stádium Huntingtonovy nemoci:		1.	2.	3.	4.	5.
I.	časová dotace v minutách	38 <sup>‘</sup>	52 <sup>‘</sup>	48 <sup>‘</sup>	23 <sup>‘</sup>	25 <sup>‘</sup>
	počet použitých pomůcek	11	11	11	13	17
II.	počet kladených otázek	43	49	55	42	21
	počet zodpovězených otázek	43	41	49	29	10
	počet nezodpovězených otázek	0	8	6	13	11
	počet odpovědí formou „ANO“ nebo „NE“	16	25	31	24	10
	počet jiných odpovědí (větou, jednoslovně nebo gestem)	27	16	18	5	0
III.	počet biologických ukazatelů	35	31	32	42	43
	počet psychických ukazatelů	18	21	15	20	13
	počet sociálních ukazatelů	14	18	11	12	7
	počet spirituálních ukazatelů	5	3	3	2	2
IV.	počet stanovených problémů	4	6	7	11	11
	počet stanovených ošetřovatelských diagnóz celkem	5	7	9	12	14
	počet stanovených aktuálních ošetřovatelských diagnóz	4	6	6	7	9
	počet stanovených potencionálních ošetřovatelských diagnóz	1	1	3	5	5

tab. 2.2.5 – Číselná ilustrace vybraných ukazatelů ve využití aplikovaného koncepčního modelu ošetřovatelství dle Gordonové  
zdroj: autor

### 2.2.6.3 Výsledek

Každý čtenář necht' si sám vybere. Z mého pohledu by pozornosti neměl uniknout poměr biologických ukazatelů u klienta v 5. stádiu HN v kontrastu s počtem jím zodpovězených otázek. Stejně tak míra časové dotace k odběru ošetřovatelské anamnézy u každého z klientů. Odlišný je počet použitých pomůcek, který se zdá přiměřený úrovni soběstačnosti pacientů. Jinak je tomu u počtu kladených otázek, který se odvíjel od míry chtěné spolupráce. Výskyt rizikových, resp. potenciálních ošetřovatelských diagnóz je logicky přímo úměrný závažnosti celkového stavu nemocných.

Takto bychom mohli vyjímát další a další závěry. Jisté je, že z pohledu ošetřovatelství se objevuje určitá rozdílnost ve využití modelu dle Gordonové, konkrétně u klientů v různých stádiích HN. Uvedené schéma pouze nabízí jeden z možných pohledů na tuto problematiku.

## **2.3 Příklady využití koncepce dle Johnsonové**

### **2.3.1 Úvodem**

Klient/pacient je vnímán jako behaviorální systém tvořený podsystémy v dynamické rovnováze. Problém klienta/pacienta je tedy nestabilita v behaviorálním systému. Každý člověk má určité vzory chování, které tvoří „behaviorální systém“ jedince. Mají svůj účel specifický pro integritu mezi jedincem a prostředím. Hlavní role sestry/porodní asistentky je v regulaci a dohledu nad stabilitou a vyvážeností behaviorálního systému (Archalousová, Slezáková, 2005).

Zpracování koncepčního modelu dle Johnsonové do praktické podoby v klinickém ošetrovatelství je nesnadným úkolem. Tato koncepce, postavená na rovnováze a dynamické stabilitě behaviorálního systému klienta, se zaměřuje na klientovy získané vzory chování, které mohou pro jedince i jeho okolí představovat nežádoucí působení, jsou-li v nerovnováze (viz oddíl 1.2.3). Identifikace a případná manipulace s těmito vzory je v individuálním pojetí značně problematická, choulostivá a riskantní. Úzké spektrum klientely s možností efektivní aplikace tohoto modelu je pravděpodobnou příčinou jeho mizivého využití v praxi.

### **2.3.2 Alternativní ukázky, situační kasuistiky**

V následujícím textu jsou uvedeny tři modelové situace v podobě tří kasuistik, vypracované různými autory. Uvedení těchto příkladů je citací z literatury uvedené v závěru každého oddílu.

#### **2.3.2.1 Situační kasuistika č. 1**

##### **Ošetrovatelský model aplikovaný do interního ošetrovatelství**

Muž, 49 let, ženatý, žije s manželkou v panelovém bytě. Má dceru a syna. Dcera je vdaná, syn svobodný, oba žijící již samostatně ve vlastním bytě. Pracuje ve firmě, kterou spravuje jeho syn. Vyučen tesařem. Nyní 10. den hospitalizace na standardní lůžkové jednotce interního oddělení. Přijatý pro hepatální lézi ethylické etiologie, susp. ascitės a projevy jaterní encephalopatie.

Při příjmu celkový vzhled klienta/pacienta byl zanedbaný, neoholen, praskliny vnějších koutků, bez povlaků, nos čistý. Vlastní chrup, sanován, nedostatečná hygiena, dásně mírně krvácející. Sluch a zrak v normě. *Puls:* 73/min., dobře hmatný, plný, pravidelný. *Dech:* 18/min., pravidelný, sklípkový, bez vedlejších fenoménů. *Krevní tlak:* 145/80 mmHg. *Rozsah*

*pohybů v kloubech:* omezen. Svaly končetin hypotonické. *Kůže:* bez cyanózy, ikterický, na kůži četné hematomy, oděrky, zanedbaný vzhled. *Chůze:* není schopen, pouze krátkodobě stojí u lůžka. *Držení těla:* s obtížemi. *Nynější hmotnost:* 114 kg. *Výška:* 180 cm. *Tělesná teplota:* 36,7 °C.

Pohlaví: mužské
Věk: 49 let
Stav: ženatý, žije s manželkou ve společné domácnosti
Zaměstnání: v soukromé firmě jako truhlář
Hospitalizace: opakovaná, 10. den hospitalizace na standardní lůžkové jednotce interního oddělení
DG: Cirhóza hepatis ethylické etiologie dekompenzovaná, ikterus, susp. ascites, anam. krvácení z jícnových varixů, projevy jaterní encefalopatie
Chronický ethylismus a nikotinismus
Hypertrofie prostaty
Anémie
Obezita
Terapie: dieta 4
Pohybový režim: Bs
Farmakoterapie: p.o. Lokren 20 mg                      ½ – 0 – 0
Tiapra                                      1 – 1 – 2
Helicid 20 mg                      1 – 0 – 1
Ferronat R                      1 – 1 – 1
Geratam                      2 – 1 – 0
Diazepam 10 mg na noc 1 tbl.
i.m. Thiamin 1 amp. –R–
i.m. Pyridoxin 1 amp. –R–
Monitoring při příjmu klienta: KO, INR, BIO, amoniak, FW, M+S, krev na TRF, RTG S+P, UZ břicha, fibroskopie, neurologické konzilium, EKG, CT břicha, mozku, TK+P 3xD, EBDK.

*Objektivním pozorováním hodnoceny projevy verbální a neverbální v průběhu anamnestického rozhovoru:*

*Orientace:* neorientován místem a časem, položené otázky špatně chápe, do důsledků jim není schopen porozumět. *Řeč a způsob vyjadřování:* má poruchy výslovnosti, kultura vyjadřování zhoršená, při řeči výrazně zapojuje horní končetiny. *Hlas a způsob řeči:* neklidný tón, hlas zastřený, mluví nesrozumitelně. *Úroveň slovní zásoby:* má potíže s vyjádřením myšlenky, slovní zásoba zřejmě dostatečná, ale klient není schopen si určitá slova vybavit a použít. *Oční kontakt:* v průběhu rozhovoru neudrží kontakt, pohledem uhýbá. *Rozsah pozornosti:* po dobu rozhovoru nebyl schopen se plně soustředit a koncentrovat, odbíhá od tématu, neschopnost navrátit se po odmlčení zpět k probíranému úseku. *Nervozita:* působí roztěkaným dojmem, neustále ve střehu, napětí.

*Anamnestické posouzení klienta/pacienta podle behaviorálního systému a jeho subsystémů modelu Johnsonové:*

### ***1) podsystém shromažďování***

Klient vzhledem ke své alkoholové závislosti si odmítá přiznat, že přišel nejen o dobré vztahy v rodině, ale i o úctu svých nejbližších. O své okolí se již dávno přestal zajímat. Žije s manželkou ve společném bytě, ale ona sama vypovídá, že neví, co její muž celé dny dělá. Ve firmě, jenž spravuje jeho syn má údajně pár dobrých „přátel“ a více on sám o nich odmítá hovořit. Syn ani dcera otce příliš často nenavštěvují „nemají prý společnou řeč díky výchově manželky“ jak sám uvádí.

### ***2) podsystém závislosti***

Během hospitalizace je klient zcela závislý na ošetřujícím personálu, nesoběstačný, špatně spolupracuje a neplní úkoly vedoucí k navrácení jeho nezávislosti. Projevují se u něho abstinenci příznaky – ethylismus, nikotinismus. Závislost na návykových látkách. Je desorientovaný místem a časem.

### ***3) podsystém vylučování***

Klient se zvýšeně potí. V době psychického neklidu se objevuje u pacienta inkontinence moči i stolice. Při sedaci je přítomna inkontinence moče, na defekaci slovně reaguje a upozorní personál. Moč pro používání plen u inkontinentních nelze objektivně hodnotit. Stolicí normální barvy, průjemovité konsistence 1–2x za den.

### ***4) podsystém příjmu potravy***

Stravu a tekutiny přijímá klient v dostatečném množství, přesto má neustálý pocit hladu. Je schopen se najíst sám, ale je nutný dohled a popřípadě malá pomoc sestry. Pije pomocí pítka na PET lahvi nebo slámky. Obezita.

### ***5) podsystém sexuality***

Na otázky na téma sexuality v partnerském vztahu není schopen klient/pacient adekvátně odpovědět. Společně se svou ženou vychoval dvě děti. Nyní hypertrofie prostaty.

### **6) podsystém agresivity**

V době hospitalizace je klient/pacient vzhledem k zmatenosti, desorientaci a klamným představám, převážně v nočních hodinách, nebezpečný sobě i svému okolí. Nyní je nutná sedace. Psychický neklid se projevuje u klienta/pacienta především verbální formou spojenou s odmítáním jakýchkoliv alternativ, které se mu personál snaží v pokusech o smír nabídnout.

### **7) podsystém úspěchu**

Ve svém životě měl klient dle svých slov dostatek příležitostí k úspěchu, ale vždy mu jej někdo či něco překazilo. Je hrdý na svého syna a rád vypráví o jeho firmě a přiznává i svůj podíl na synově úspěšnosti v oboru. Dříve měl spoustu nabídek a příležitostí k uplatnění svých řezbářských dovedností a tesařského umu, ale sám přiznává, že si toho nedovedl vážít. Nyní mu pozornost, jíž se mu dostávalo, chybí. Jinak je spokojen, nic mu neschází, na nic si nestěžuje, jen neví proč je v nemocnici.

*Splnění funkčních požadavků u podsystémů, kdy každý musí splňovat 3 funkční požadavky:*

- a) chráněný
- b) podporovaný
- c) stimulovaný

#### 1) podsystém shromažďování

splňuje a, b, c

#### 2) podsystém úspěchu

splňuje a, b, c

#### 3) podsystém závislosti

splňuje b, c

#### 4) podsystém agresivity

splňuje c

#### 5) podsystém vylučování

splňuje b, c

#### 6) podsystém příjmu potravy

splňuje a, b, c

#### 7) podsystém sexuality

nehodnoceno

### ***Stres***

Klient v rozhovoru popírá jakékoliv stresové faktory v momentální fázi svého života. Jediné co ho trápí je, že si příliš nerozumí s dětmi, aniž by pociťoval vlastní zavinění. Jinak je velice spokojený, na nic si nestěžuje. Přiznává, že si rád a hodně užívá života.

### ***Regulační mechanismy***

V době hospitalizace klientovo chování ovlivněno léky na zmírnění projevujícího se psychického abstinčního syndromu. V domácím prostředí dle rozhovoru s rodinou je zhoršená možnost usměrnění jeho chování a zahájení léčby. Odmítá a popírá svou závislost na alkoholu a cigaretách.

### ***Zdraví***

Klient desorientovaný, dlouhodobě alkoholismus. První hospitalizace s tím spojená před 5 lety – krvácení z jícnových varixů. Dle manželky 2 roky ikterický, oteklý, ale odmítal jakékoliv vyšetření. Několik let nebyl u obvodního lékaře. Preventivní prohlídky nedodržuje. Alergie neguje.

Nyní klient nesoběstačný, inkontinentní, zmatený, není schopen realisticky posoudit závažnost svého zdravotního stavu a odmítá vlastní podíl na něm. Provedena fibroskopie s nálezem jícnové varixy bez známek akutního krvácení, netěsnící kardie, vřed antra dle Forrest III, portální gastropatie. Dle UZ pod jaterním hilem ohraničené hyperechogenní ložisko velikosti cca 4 cm. Neurologem klientův stav hodnocen jako toxometabolická encefalopatie a polyneuropatie.

### ***Společnost***

Zájem o klienta/pacienta je pouze ze strany manželky, jenž jej pravidelně navštěvuje a ochotně se podílí na plánu ošetrovatelské péče a získávání informací společně s ošetřujícími sestrami. Návštěvy ze strany dětí jsou omezené pro špatné vztahy mezi nimi a otcem.

Na základě anamnestických údajů lze stanovit ošetrovatelské diagnózy a plán péče.

(Situační kasuistika č. 1, oddíl 2.3.2.1: Archalousová, Slezáková, 2005)



### **2.3.2.2 Situační kasuistika č. 2**

#### **Kazuistika dle vybraného koncepčního modelu „Model Johnsonové“**

##### ***1) Preparace modelu***

Nejdříve jsem vytvořil jakési schéma otázek, které mají sloužit k odběru ošetrovatelské anamnézy. Sedm subsystémů tvoří samostatné celky s vlastním okruhem otázek, na které klient odpovídal formou dotazníku a zároveň přehodnocoval své odpovědi konfrontací s třemi funkčními požadavky – ochrana, podpora a stimulace. Pro snadnější vyhodnocení proběhla forma konfrontace kladnou [+] nebo zápornou [-] odpovědí. Na základě výsledků jsem ve spolupráci s klientem určil předpokládané problémy, které narušují rovnováhu behaviorálního systému klienta. Pro snazší náhled do problematiky klienta uvádím v úvodu kasuistiky stručný výňatek z lékařské anamnézy.

##### ***2) Výňatek z lékařské anamnézy***

Muž, svobodný, bezdětný, 38 let. Hospitalizován v PL Bohnice od 11.4. 2005 na otevřeném, koedukovaném, příjmovém oddělení s psychoterapeutickým zaměřením. Diagnostikován:

- F43.2 reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení
- F60.3 emočně nestabilní porucha osobnosti – psychotická dekompenzace
- F15.5 psychotická porucha při abusu pervitinu
- F19.2 syndrom závislosti na psychotropních látkách (anamnesticky s preferencí stimulantů, aktuálně recidiva – dvě intoxikace během posledního měsíce)
- RA: z rozvedeného manželství, od 5 do 19 let žil s matkou, zvláštnosti v rodině nejuje
- OA: pravé oko operováno pro strabismus, v dětství tříselná kýla, v roce 1995 bezvědomí po autonehodě
- SA: vyučen pekařem, pracuje jako číšník v hotelu
- Abusus: kuřák 16/d, alkohol nárazově (v tazích), drogy – pervitin, heroin (před 3 roky AT léčba), 2x předávkování se suicidálním úmyslem, v posledním měsíci 2x recidiva

##### ***3) Vstupní zhodnocení klienta***

Muž středního věku, pozitivně laděný, ochotně nakloněn spolupráci. Spíše nižšího vzrůstu, plnoštíhlý, tmavé vlasy, barva očí hnědá. Upravený, čistý, bez nápadných známek zanedbání. Chováním roztržitý, mírně zrychlený, místy neadekvátně nadnesený. Působí sebevědomým až suverénním dojmem, přátelský, chvílemi až familiární.

#### 4) Sběr informací a jejich konfrontace

Před zahájením sběru informací bylo nutné pečlivě klienta seznámit s významem otázek i způsobem jejich konfrontace. Veškeré nejasnosti jsem s ním konzultoval i v průběhu vyplňování. Rovněž jsem ho poučil o smyslu dotazníku.

##### 1/ Subsystem shromažďování

	ochrana	podpora	stimulace
Myslíte, že patříte k někomu? „Nevím, možná k mámě. Donedávna jsem patřil k přítelkyni, ale to je už minulost.“	-	-	+
Souvisí vaše osoba s něčím? „Ano, se smůlou na vztahy. Je mi 38, nemám rodinu, můj nejdelší vztah trval 9 měsíců.“	-	-	-
Snažíte se dosáhnout blízkosti /k někomu nebo k něčemu/? „Rád bych se vrátil k poslední přítelkyni, pořád jí volám, ale ona mě nechce ani slyšet. Já jí mám rád, nevím, proč mě opustila. Před pár dny jsem se z toho zhroutil, a proto jsem asi tady.“	-	+	+
Jste společenský typ? Činí vám potíže navazovat vztahy? „Myslím, že ano. Vždy jsem byl středem pozornosti. Vztahy navazuji bez potíží. Fakt ale je, že stálejších přátel moc nemám.“	+	-	-
Máte pocit sounáležitosti? „Vlastně ani nevím, s mamkou jsem vždycky rád. Jestli je v tom sounáležitost, to netuším.“	+	-	-

##### 2/ Subsystem úspěchu

	ochrana	podpora	stimulace
Zdokonalujete či kontrolujete své prostředí /a sebe sama/? „Mám malý byt, který pečlivě uklízím. Vždycky mám rád kolem sebe čisto a uklizeno. Sám občas zajdu do posilovny, ale nijak zvlášť to nepřeháním.“	+	+	+
Snažíte se dosáhnout v něčem zlepšení? „Rád bych se přinutil více cvičit a omezit nebo úplně skočit s kouřením. Také chci už definitivně skončit s drogami. Už tři roky abstinuji, ale po rozchodu s přítelkyní jsem nějak klopýtl.“	+	-	-
Utváříte či posilujete své intelektuální dovednosti? „Ani moc ne, čtení mě nebaví, do kina ani do divadla nechodím. Nejraději zajdu na diskotéku.“	+	-	-
Utváříte či posilujete své fyzické dovednosti? „Občas posilovna, někdy si zaběhám. Rád tancuji na diskotéce.“	+	+	+
Utváříte či posilujete své sociální dovednosti? „Myslím, že ne. Možná i proto jsem tady.“	-	-	+

### 3/ Subsystem závislosti

	ochrana	podpora	stimulace
Udržujete či zachovávejte si zdroje či blízké osoby /ve svém prostředí/, které nebo kteří vám pomáhají? „Asi ani ne, občas se vidám s matkou. Ta mne vždy hodně podporovala. Jinak si většinou poradím sám. Hodně energie získám v posilovně, ale tam se moc často nedostanu. Dříve to byly drogy.“	+	-	-
Udržujete či zachovávejte si zdroje či blízké osoby /ve svém prostředí/, které nebo kteří vás podporují? „Určitě mě podporuje matka. Ale jinak asi nikdo jiný.“	-	-	-
Udržujete či zachovávejte si zdroje či blízké osoby /ve svém prostředí/, které nebo kteří vám dodávají pocit bezpečí? „To možná bude můj problém. Když se tak nad tím zamyslím, tak jsem v nejtěžší chvíli vždy sáhnul po droze. Dokonce jsem se chtěl i předávkovat k smrti. Teď už vím, že to nebylo rozumné. Nejvíce v bezpečí se teď cítím asi tady.“	-	-	+
Máte kolem sebe osoby, které vám důvěřují? „Myslím, že mi stále ještě důvěřuje matka. Možná zdejší personál?“	+	-	-
Máte kolem sebe osoby, které vám věnují pozornost? „Vlastně ani ne. Pokud nepočítám mámu a vás (personál).“	+	-	-

### 4/ Subsystem agresivity

	ochrana	podpora	stimulace
Chráníte se před skutečným ohrožením osobami nebo jejich úmysly? „Ano, to si dávám vždy pozor.“	+	+	+
Chráníte se před představovaným ohrožením osobami nebo jejich úmysly? „Pokud to rozpoznám, tak ano. A většinou to rozpoznám.“	+	+	+
... a ostatní? „Nikdy bych nedopustil, aby se něco stalo mámě a mojí bývalé přítelkyni.“	+	+	+
Dosahujete dostatečné sebeochrany? „Myslím, že ano.“	+	+	-
Jste schopen /schopna/ prosadit se? „Pokud jde o mě, tak ano. I když je fakt, že v zaměstnání raději dělám, co mi řeknou, aby mě nevyhodili.“	+	-	-

### 5/ Subsystem vylučování

	ochrana	podpora	stimulace
Máte potíže s močením /pravidelnost, únik moče apod./? „Ne.“	+	+	+
Máte potíže vyprazdňováním stolice /pravidelnost, množství apod./? „Ne.“	+	+	+
Máte potíže s pocením /nadměrnost, vysušená kůže apod./? „Ne.“	+	-	-
Máte potíže s dýcháním /vykašlávání, dušnost apod./? „Snad jen ten kuřácký kašel, ale jinak bez potíží.“	-	+	+
Jiné potíže /výtok z pohlavních cest, uší, úst, nosu apod./? „O ničem nevím.“	+	-	-

## 6/ Subsystem příjem potravy

	ochrana	podpora	stimulace
Jste schopni získat dostatek potravy a tekutin? „Vydělávám si tak akorát. Takže vystačím. Nakupuji si sám, vařím si taky sám nebo se najím v zaměstnání.“	+	+	+
Máte příjem potravy a tekutin dostatečný? „Myslím, že ano.“	+	+	+
Jíte a pijete pravidelně? „To ne, jím jen když mám hlad. Kolikrát třeba až navečer. Pití mi nechybí.“	+	-	-
Míváte pocit hladu, žízně /více než je obvyklé/? Jste schopni uspokojení? „Tak asi normálně, jím a piji podle potřeby.“	+	+	+
Pociťujete či víte o nějakém nedostatku v příjmu potravy či tekutin? „Ne.“	+	+	+

## 7/ Subsystem sexuality

	ochrana	podpora	stimulace
Plníte očekávání v sexuální oblasti? „Za sebe mohu říct, že asi ano. I když nyní nemám přítelkyni.“	+	+	+
Uspokojujete své biologické faktory v sexuální oblasti? „Většinou ano.“	+	+	+
Uspokojujete sociální faktory v sexuální oblasti? „Nevím, to by měla odpovědět spíše bývalá přítelkyně. Ale dokud jsme byli spolu, tak to bylo dobré.“	+	+	-
Myslíte, že je vaše sexuální chování adekvátní? „Jsem na ženy, to je asi normální. Proti homosexuálům, ale nic nemám.“	+	-	-
Existují faktory ovlivňující vaše sexuální chování? „Ano, krásná žena.“ Smích...	+	-	+

### **5) Analýza získaných informací**

Získané informace jsem analyzoval dvěma způsoby:

- Zhodnocení obsahu odpovědí v každém subsystému, resp. vyjmutí stěžejního významu pro klienta – posuzováno klientem
- Poměrné vyhodnocení konfrontace odpovědí s funkčními požadavky v každém subsystému jako celku (kladná ku záporné [+ : -]) a posouzení výsledku mnou (ve vztahu k významu pro klienta).

### 1/ Analýza subsystému shromažďování

- Klient chápe tuto problematiku ve smyslu sociální integrace s důrazem na chybějící rodinu.
- Poměr 5:10 vypovídá spíše o záporné schopnosti klienta sociální adaptace.

### 2/ Analýza subsystému úspěchu

- Zde se klient zaměřuje více na hodnocení svých fyzických kvalit než duchovních.
- Z poměru 9:6 je patrné jisté nadhodnocení klientova sebevědomí.

### 3/ Analýza subsystému závislosti

- a) Pojetí této problematiky je pro klienta dané jeho abusem. Význam zde klade i na pouto k matce.
- b) Poměr 4:11 se přiklání k záporné vyváženosti v této problematice, možná významná labilita a nízká vůle.

### 4/ Analýza subsystému agresivity

- a) Pro klienta jsou zde důležitější fyzické schopnosti, takto také problematiku vnímá.
- b) Z poměru 12:3 jsou možné vyčíst agresivní sklony klienta.

### 5/ Analýza subsystému vylučování

- a) Klientem vnímáno jako jasná biologická problematika.
- b) Z poměru 10:5 vyplývají malé problémy s vylučováním.

### 6/ Analýza subsystému příjmu potravy

- a) Zde poukazuje klient na materiální zabezpečení a na vyváženost v příjmu potravy.
- b) Poměr 13:2 svědčí pro kladné hodnocení v této problematice.

### 7/ Analýza subsystému sexuality

- a) Zde je v popředí poukázání na klientovu sexuální orientaci a hodnocení jeho sexuálního života.
- b) Poměrem 11:4 je kladně hodnocena sexuální aktivita klienta, rovněž je zde patrný nárůst sebevědomí a jednostranné hodnocení.

### **6) Stanovení problémů**

Klientovo subjektivní hodnocení a celkový poměr (64:41) poukazuje na významnou nerovnováhu ve strukturálních a funkčních atributech všech subsystémů, představující celek.

Z anamnestického rozhovoru a získaných dat lze stanovit tyto problémy:

- Narušená sociální adaptabilita
- Emoční labilita, impulzivita, sklon k agresi
- Porucha volní motivace ve smyslu abusu drog

(Situační kasuistika č. 2, oddíl 2.3.2.2: Běhounek, 2005)

### 2.3.2.3 Situační kasuistika č. 3

#### Aplikácia ošetrovateľského modelu Dorothy E. Johnson do psychiatrického ošetrovateľstva

Ide o 19 ročnú študentku gymnázia, ktorá trpí mentálnou anorexiou a strieda sa u nej bulímia. V tejto dobe navštevuje psychológa a psychiatra. Podľa nej, príčinou problémov sú nezhody v rodine, ktoré sama pacientka priznáva.

Subsystém	Objektívne	Subjektívne
<b>1. zhromažďovania</b> a) patriť k niekomu b) súvisieť s niečím c) dosiahnuť blízkosť d) budovanie sociálnych vzťahov e) spolunaležanie!	19 ročná študentka gymnázia, býva s rodičmi. Vzťahy s rodinou sú napäté. V poslednom období je mlčanlivá, nekomunikuje a vyhľadáva samotu.	Otec je veľmi pracovne vytážený s dcérou výrazne nekomunikuje. Matka má väčší záujem o rodinu a viac času, avšak je zahľadená do svojich problémov, ktoré príliš zveličuje. Pre priateľov je vzorom spravodlivosti a zdrojom pomoci.
<b>2. úspech</b> a) zdokonaľovanie a kontrola seba samého, svojho prostredia b) dosiahnuť zlepšenie, intelektuálne, fyzické a sociálne	Prospech študentky je dobrý. Nároky, ktoré sú kladené na študentku zvláda veľmi dobre.	Ak sa pustí do nejakého projektu, je schopná mu venovať maximum času. Pri realizácii uplatňuje nápadité metódy, ktoré sú ojedinelé svojou prepracovanosťou. Pokiaľ nemala tieto problémy dokázala všetko obohatiť humorom.
<b>3. závislosť</b> a) udržať zdroje smerujúce k pomoci b) podpora, bezpečnosť c) dôvera, pozornosť	V tejto dobe už dokáže hovoriť o svojej chorobe. Pred 2 rokmi začali poruchy menštruačného cyklu. Gynekológ jej predpisal hormonálnu liečbu. Vzťahy v rodine nijako neurovnáva.	Uvedonuje si nebezpečenstvo, ktoré vyplýva zo spôsobu jej stravovania. Problémy začali pomaly, nenápadne. Po užívaní hormonálnej liečby sa mi zvýšila hmotnosť, čo má viedlo k vysadeniu liečby a zdravej výžive. Rada športujem, avšak pre psychickú krízu nemám síl.
<b>4. agresivita</b> a) ochrana seba samého a iných pred ohrozením b) sebaochrana a schopnosť presadiť sa	Svoje problémy rozoberá s priateľkami, navštevuje 1x do týždňa psychologické pracovisko, kde sa snaží riešiť svoju situáciu.	Uvedomuje si potrebu vhodného stravovania. V triede je mentálna anorexia a bulímia rozšíreným problémom.
<b>5. vylučovanie</b> a) moču b) stolice	V období bulemických záchvatov, pacientka hľta veľké množstvo jedla, ktoré potom vyvracia. V čase anorexie je stolica veľmi tuhá a má problémy s vyprazdňovaním, výdaj moču je znížený vo vzťahu k nedostatočnému príjmu tekutín. Potí sa primerane.	Po vyvracaní sa dostavuje psychická úľava, pocit istoty, kontrola. Skutočnosť je iná.

<b>6. príjem potravy</b> a) potrebné zdroje b) udržať integritu osobnosti a stav spokojnosti	Dodržiavanie diétnych opatrení zamerané na redukciiu hmotnosti. Príjem delenej stravy.	Nerobí mi žiaden problém. Neskôr som odmietala akúkoľvek stravu. V čase bulimickej krízy vyhľadávam potraviny, ktoré sa ľahko vyvracajú.
<b>7. sexualita</b> a) uspokojovanie b) očakavania v sexuálnej oblasti	Netrpí žiadnym gynekologickým ochorením. Vynechala jej menštruácia.	Netrápi ma tento problém, chcem sa vysporiadať so svojou psychickou krízou.

Poznatky získané analýzami treba preniesť vo forme ošetrovateľských diagnóz do plánu ošetrovateľskej starostlivosti.

(Situační kasuistika č. 3, oddíl 2.3.2.3: Archalousová, Slezáková, 2005)

### 2.3.3 Závěrečná úvaha

Tři různé úhly pohledu tří různých osobností ze tří různých oblastí ve smyslu odbornosti i zeměpisné lokalizace nabízí rozdílné varianty zpracování koncepčního modelu ošetrovatelství dle Johnsonové. Všechny se opírají o stejný základ představující sedm subsystémů v behaviorálním celku jedince. Grafické a obsahové zpracování se pochopitelně liší. Porovnání či úvaha nad praktickým využitím této koncepce, dle uvedených příkladů, je ke zvážení každému čtenáři.

Teorie Johnsonové se soustřeďuje na chování spíše než na biologii. Potřebujeme však oddeliť chování od biologie? V dnešním pojetí ošetrovatelství je dôležité premýšľať o chovaní a biologii človeka dohromady – jako o zdraví. Nemůžeme posuzovat jedno, aniž bychom posuzovali druhé. Doposud není dostačující výzkum, který by dokládal možnost aplikace tohoto modelu. Tato teorie poskytuje koncepční kostru, ze které lze vycházet. Nikdy však nebude standardem pro ošetrovatelství (Free Essay Network, 2006).

## DISKUZE

Huntingtonova choroba je onemocněním, které si „zaslouží“ pozornost nejen pro svůj devastující průběh, ale i pro své historické souvislosti, DNA diagnostiku či možnosti prediktivního testování a z mnoha dalších důvodů. Hloubka dosavadních znalostí paradoxně umocňuje tragiku progresu doposud nevyléčitelného onemocnění, které lze jen omezeně mírnit symptomatologicky. Nemocní mnohdy končí v ústavech či zařízeních, která v podstatě nejsou uzpůsobená tomuto primárně neurologickému onemocnění. Psychický a zejména sociální rozpad postižených je dostává v lepším případě na psychiatrii, do ústavu sociální péče či léčebny pro dlouhodobě nemocné. V horším případě žijí bezdomovecký život na okraji zájmu společnosti.

Ošetrovatelství, jako samostatný vědní obor, by v žádném případě nemělo toto onemocnění opomíjet. Ani se nedomnívám, že by tomu tak v praxi bylo. Ovšem i praktické ošetrovatelství má svůj koncepční podklad, který je dlouhodobě studován. Shrnutí teoretické baze tohoto oboru stojí za pozornost, neboť odsud se odvíjí paradigma hlouběji představené a následně i využité v této konkrétní studii. Tedy koncepční modely ošetrovatelství dle Gordonové a Johnsonové.

Obě výše uvedené teze jsou popsány v teoretické části této bakalářské práce. Nabízím tak čtenáři stručný, popisný a objektivní přehled zmíněných tematických celků.

Výzkumná sonda, uvádějící empirickou část mé práce, orientačně mapuje využívání výše zmíněných koncepčních modelů ošetrovatelství v nemalém množství českých zdravotnických zařízení. Indikátory sondy částečně modulují mé další kroky a postupy při zpracovávání výzkumného problému. Dominantním výsledkem tohoto šetření bylo zjištění, že v žádném z dotazovaných zařízení se nepracovalo s koncepcí dle Johnsonové, zatímco model dle Gordonové byl většinou využíván. Dalším zajímavým zjištěním byla skutečnost, že naprostá většina představitelů ošetrovatelství dotázaných zdravotnických institucí považovala „svou“ ošetrovatelskou dokumentaci za účelnou a efektivní. A to v kontrastu s nezanedbatelným procentem těch, kteří nepovažovali tuto dokumentaci za univerzálně využitelnou u všech klientů těchto zařízení. Výzkumná sonda poukazuje na další zajímavá témata. Užitečnou a přehlednou pomůckou mi při studiu různých variant ošetrovatelské dokumentace byla publikace Ivany Vašátkové a kol. Ošetrovatelská dokumentace, 2005.



Samotné řešení výzkumného problému je rozčleněno do více celků. Nepochybně důležitým momentem je využití škálovacích technik u klientů v různých stádiích Huntingtonovy nemoci. Tyto metody jednoznačně dokazují, že je lze k tomuto účelu využívat, což je v dnešním ošetrovatelství důležité. Každou techniku, kterou lze měřit tyto obtížně uchopitelné parametry, jako je soběstačnost, kognitivní deficit a podobně, je třeba využívat a zaznamenávat.

Standardizovaný odběr ošetrovatelské anamnézy podle modelu Gordonové a následné stanovení ošetrovatelských diagnóz a plánu péče byly stěžejním předmětem praktických cvičení v průběhu celého studijního programu ošetrovatelství na lékařské fakultě v Hradci Králové. Uplatnit tuto techniku u klientů s Huntingtonovou nemocí v různých jejích stádiích bylo přinejmenším pozoruhodné a žádoucí. Podobné příklady využití tohoto modelu, ovšem u klientů s jinými potížemi, lze nalézt v publikaci Alexandry Archalousové a Zuzany Slezákové *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*, 2005, s. 18 – 33. Rovněž v materiálu od Dagmar Mastiliakové *Úvod do ošetrovatelství*, 1. díl, *Systémový přístup*, 2003, s. 163 – 168 (viz seznam použité literatury).

Celý výše popsáný proces mi umožnil sestavení a spočítání porovnávacích kritérií. Výsledná data, vycházející ze součtu zmíněných kritérií, zajímavým způsobem poodhalují odlišnosti ve využití této koncepce u klientů s různou úrovní spolupráce a soběstačnosti při stejné lékařské diagnóze.

Koncepční model dle Johnsonové nebyl v době šetření v dotazovaných zdravotnických zařízeních využíván. Existovala pouze minimální zkušenost s touto koncepcí, jak ukázala výzkumná sonda. Jde však přinejmenším o velice zajímavou teorii. Bylo lákavé studovat a hledat praktické zkušenosti s tímto modelem, které v popisovaných kazuistikách představují v závěru empirické části této práce. Značná část představených kazuistik je publikována Alexandrou Archalousovou a Zuzanou Slezákovou v textu *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*, 2005, s. 45 – 53.

## ZÁVĚR

Za nejdůležitější výsledky této práce považuji více ukazatelů. Některé byly pro mě zajímavým zjištěním, jiné potvrdily jinde popisovaná tvrzení.

Samotná studie genetického podkladu vzniku Huntingtonovy nemoci, vývoj tohoto onemocnění, dostupná léčba nebo i DNA diagnostika, byly pro mě velmi zajímavou prací. Za nesmírně cennou považuji činnost Společnosti pro pomoc při Huntingtonově chorobě, se kterou je zajisté vhodné spolupracovat, pokud se tato nemoc objeví v nejbližším okolí. U někoho to může představovat rodinné prostředí, u jiného např. pečovatelské zařízení, kde pracuje. Minimálně poradenská činnost této organizace (SPHCH) je velice nápomocná.

Podstatou mých dosavadních studií byla teorie ošetřovatelství a její aplikace v praxi. Popisné statě zabývající se touto teorií mají své kouzlo pro určité spektrum čtenářů, neboť právě teorie je v ošetřovatelství často podceňována a devalvována. Věřím, že jsem plnohodnotně zužitkoval své dosavadní poznatky, znalosti a zkušenosti k vypracování a představení kazuistik ošetřovatelské anamnézy, diagnostiky a plánování péče dle koncepční teorie Gordonové. A to u klientů s tak devastujícím onemocněním, jakým je právě Huntingtonova nemoc. Stejně tak spoléhám na určitou hodnotu představených kazuistik podle koncepčního modelu Johnsonové, které jsou vyjmuty ze studované literatury. Za vlastní přínos v tomto směru považuji zpracovaný případ psychiatrického pacienta z roku 2005 (viz oddíl 2.3.2.2).

Série mých dalších kroků se zabývá dílčími prvky, jakými jsou např. využívání výše zmíněných koncepcí v českém zdravotnictví, efektivita vedení ošetřovatelské dokumentace v těchto zařízeních, možnosti využití škálovacích technik u klientů s různou úrovní sebepéče, rozdílnost využití koncepce dle Gordonové u těchto klientů a dalšími tématy. Některé mé kroky jsou podloženy již dříve popsány odbornými studiemi. Jiné jsem se, poněkud nekonceptně, rozhodl zjistit tzv. na vlastní pěst. Jsem si vědom malé hodnoty nepodložených výsledků, které jsem v práci vždy jasně identifikoval. Přesto věřím v jejich studijní přínos, přinejmenším jako námět k dalšímu zkoumání.

Jsem přesvědčen, že mnohá zjištění, kterých se mi dostalo během zpracovávání této studie, budou přínosem pro mou práci, a hlavně ku prospěchu klientů, o které pečuji.

Děkuji za pozornost.

## ANOTACE

<b>Autor:</b>	Jan Běhounek
<b>Instituce:</b>	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
<b>Název práce:</b>	Využití vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství u klienta s dg. Huntingtonova nemoc
<b>Vedoucí práce:</b>	MUDr. Jana Židovská, CSc.
<b>Odborný konzultant:</b> (pro ošetrovatelství)	Bc. Ivana Šlaisová
<b>Počet stran:</b>	133
<b>Počet příloh:</b>	10
<b>Rok obhajoby:</b>	2008
<b>Klíčová slova:</b>	Huntingtonova nemoc, koncepční modely ošetrovatelství, model dle Gordonové, model dle Johnsonové, výzkumná sonda, škály, porovnávací kritéria, kazuistika

Bakalářská práce pojednává o možnostech využití koncepčních modelů ošetrovatelství. Model dle Gordonové je aplikován u klientů s diagnostikovanou Huntingtonovou nemocí v různých jejích stádiích. Model dle Johnsonové je představen ve vzorových kazuistikách.

Těžištěm práce je číselné znázornění určitých odlišností, které použití modelu dle Gordonové přináší, a sice u nemocných s různou úrovní spolupráce a soběstačnosti při stejné základní diagnóze. Zkoumaným vzorkem je 5 mužů s diagnostikovanou Huntingtonovou nemocí, každý v jednom z pěti popisovaných stadií, 2 v ambulantní sféře, 3 hospitalizovaní v psychiatrické léčebně. Dále je zde orientačně zmapován stav ošetrovatelské dokumentace v České republice, resp. zkušenosti s praktickým využitím zmíněných koncepcí. Zkoumaným vzorkem je 108 zdravotnických institucí České republiky, resp. stanovisko hlavních představitelů ošetrovatelství těchto zařízení.

Bachelor thesis discourse possibilities of the usage of conceptual nursing models. Gordon's model is applied on client with Huntington's disease diagnosed in different stages of the disease. Johnson's model is presented on sample case reports.

The focus of the thesis is a numeric representation of certain differences that the application of the Gordon's model bears. Namely – different level of cooperation and self sufficiency of patients with same primary diagnose. Surveyed sample included 5 men diagnosed with Huntington's disease, each in one of the five described stages of the disease. Two of them were receiving outpatient care, three of them were hospitalized in psychiatry clinic. Research study – The state of nursing documentation in Czech Republic, or more precisely – experience with practical application of mentioned concepts. The sample size included 108 healthcare providing institutions from Czech Republic, or more precisely opinion of head nursing representatives of these institutions.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80-86225-33X
- 2) ARCHALOUSOVÁ, A., SLEZÁKOVÁ, Z. *Aplikace vybraných ošetrovatelských modelů do klinické a komunitní praxe*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2005. 108 s. ISBN 80-86225-63-1
- 3) BĚHOUNEK, J. *Kazuistika dle vybraného koncepčního modelu „Model Johnsonové“*. Hradec Králové, 2005. 6 s. Zápočtová práce k bakalářskému studiu Ošetrovatelství na lékařské fakultě v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze.
- 4) BROEKHOVEN-GRUTTERS, van E., VERBAAS, M. V. *Výživa a Huntingtonova choroba*. [online], 2004-03-31 [cit.2007-04-21]. Dostupný na WWW: <<http://www.huntington.cz/soubory/vyziva.pdf>>.
- 5) BROEKHOVEN-GRUTTERS, van E., GAASBEEK, D. VERBAAS, M. V. *Život s Huntingtonovou chorobou: Výživa a stravování*. Přeložila O. Kastlová. 1. vyd. Praha, SPHCH, 2003. 27 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R
- 6) DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, spol s.r.o., 2001. 586 s. ISBN 80-247-0242-8
- 7) DOMMERHOLT, G., VARKEVISSER, K. *Huntingtonova choroba*. Přeložili Pallanovi; Odborná úprava českého vydání MUDr. J. Židovská, CSc. 3. vyd. Praha: SPHCH, 2000. 40 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R
- 8) DOMMERHOLT, G. R., WALKER, R. M. *Péče o nemocné s Huntingtonovou chorobou – příručka pro pečující osoby*. Přeložila I. van Vuuren – Matějčíková; Odborná spolupráce MUDr. J. Židovská, CSc. 2. vyd. Praha: SPHCH, 1996. 98 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R
- 9) FILIPEC, J., DANEŠ, F., MACHAČ, J., et al. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost*. 3. vyd. Praha: Academia, 2004. 647 s. ISBN 80-200-1080-7
- 10) FREE ESSAY NETWORK. *Johnson Behavioral System JBS Model*. [online], 2006-04-08 [cit.2007-08-25]. Dostupný na WWW: <<http://www.freeessay.com/essays/104202.html>>.
- 11) GORDON, M. *Nursing Diagnosis: Process and Application*. sec. ed. St.Louis: McGRAW-HILL, 1987. 515 s. ISBN 0-07-023828-6

- 12) GRAY, A. *Geny v generacích*. Přeložili O. Kastlová, K. Kastlová, M. Janeček; Odborná spolupráce MUDr. J. Židovská, CSc. 1. vyd. Praha, SPHCH, 2000. 88 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R
- 13) HOPEs, The Huntington's Disease Outreach Project for Education, at Stanford. *A Brief History of Huntington's Disease*. [online], 2007-04-12 [cit.2007-10-20]. Dostupný na WWW:   
<<http://www.stanford.edu/group/hopes/basics/timeline/r8.html>>.
- 14) HRONOVÁ, M. *Test základních všedních činností ADL dle Barthel*. [online], 2006 [cit.2008-03-31]. Dostupný na WWW: <[www.supervize-poradenstvi.cz](http://www.supervize-poradenstvi.cz)>.
- 15) JELÍNEK, B. *Svatý Vít*. [online], 2005-11-02 [cit.2007-10-20]. Dostupný na WWW: <<http://www.abcsvatych.com/view.php?cislocianku=2005110201>>.
- 16) KLUSONOVÁ, E., PITNEROVÁ, J. *Rehabilitační ošetřování pacientů s těžkými poruchami hybnosti*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 107 s. ISBN 80-7013-319-8
- 17) Kolektiv autorů. *Slovník cizích slov*. 1. vyd. Olomouc: FIN, spol. s.r.o., 1993. 288 s. ISBN 80-85572-02-8
- 18) KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Demence – Neurologie, klinický obraz, terapie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 335 s. ISBN 80-7262-268-4
- 19) KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. *Diagnostika a léčení syndromu demence*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol.s.r.o., 1999. 156 s. ISBN 80-7169-716-8
- 20) KOZIEROVÁ, B., ERBOVÁ, G., OLIVIEROVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo I. a II. díl*. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. sv 2. 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
- 21) KRAMÁŘOVÁ, H. *Péče o pacienty/klienty s diagnózou demence*. Hradec Králové, 2005. 48 s. Bakalářská práce na lékařské fakultě v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze. Vedoucí práce Bc. Alan Maria Uhura, R.N.
- 22) MARKOVÁ, E., VENGLÁŘOVÁ, M., BABIAKOVÁ, M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6
- 23) MASTILIAKOVÁ, D. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1999. 164 s. ISBN 80-7013-277-9
- 24) MASTILIAKOVÁ, D. *Úvod do ošetrovatelství I. a II. díl*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. sv 2. (187, 160 s.) ISBN 80-246-0429-9, ISBN 80-246-0428-0
- 25) PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1211-3

- 26) PROCHÁZKOVÁ, K. *Lidský genom a jeho ochrana*. České Budějovice, 2001. 27 s. Ročníková práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí ročníkové práce MUDr. Miloš Veleminský, CSc.
- 27) RANEN, N. G., PEYSER, C. E., FOLSTEIN, S. E. *Huntingtonova choroba a její léčba; Průvodce léčbou Huntingtonovy choroby*. Přeložil M. Janeček; Odborná úprava MUDr. J. Židovská, CSc. 1. vyd. Praha: SPHCH, 1996. 62 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R
- 28) ROTH, J., UHROVÁ, T., ŽIDOVSÁ, J. *Huntingtonova nemoc – základní informace*. [online], 2004-08-23 [cit.2007-04-21]. Dostupný na WWW: <[http://www.huntington.cz/soubory/huntingtonova\\_nemoc.pdf](http://www.huntington.cz/soubory/huntingtonova_nemoc.pdf)>.
- 29) RŮŽIČKA, E., et. al. *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. 1. vyd. Praha: Galén, 2003. 175 s. ISBN 80-7262-205-6
- 30) SLADEK, B., DENGLER, J. R. *Fyzioterapeutický program pro pacienty trpící Huntingtonovou chorobou a jinými neurologickými onemocněními*. Přeložily A. Fraňková, G. Samková. 1. vyd. Náchod, SPHCH, 2006. 24 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R
- 31) ŠACHERLOVÁ, E. *Ošetrovatelský proces u pacienta s Huntingtonovou chorobou*. Písek, 2006. 88 s. Absolventská práce na VOŠZ Bílá Vločka s. r. o. v Českých Budějovicích. Vedoucí práce PHDr. Petra Urbanová.
- 32) ŠENDOVIČ, D. *Huntingtonova choroba*. České Budějovice, 1995. 41 s. Ročníková práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí ročníkové práce MUDr. Drahoslava Tišlerová.
- 33) TRACHTOVÁ, E., et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 186 s. ISBN 80-7013-324-4
- 34) VANDERBILT MEDICAL CENTER. *Dorothy E. Johnson, BSN, MPH (1919-1999)*. [online], [199-?] [cit.2007-08-25]. Dostupný na WWW: <<http://www.mc.vanderbilt.edu/biolib/hc/biopages/djohnson.html>>.
- 35) VAŇÁSKOVÁ, E. Testování v neurorehabilitaci. *Neurologie pro praxi*. Olomouc: Solen s.r.o., roč. 2005, č. 6, s. 311 – 314. ISSN 1213-1814
- 36) VAŠÁTKOVÁ, I., et al. *Ošetrovatelská dokumentace*. 1. vyd. Hradec Králové: Nukleus HK, 2005. 68 s. ISBN 80-86225-72-0
- 37) VLACHOVÁ, I. *Praktická kuchařka*. Ilustrovala J. Nejtková. Fotografie V. Simer, J. Strach. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 400 s. ISBN 08-021-87

- 38) VOKURKA, M., HUGO, J., et al. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Jessenius Maxdorf, spol. s.r.o., 2004. 966 s. ISBN 80-7345-037-2
- 39) Vyhláška MZČR č. 385/2006 Sb. ze dne 21. července 2006 o zdravotnické dokumentaci.
- 40) Vyhláška MZČR č. 479/2006 Sb. ze dne 25. října 2006, kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci.
- 41) Vyhláška MZČR č. 64/2007 Sb. ze dne 26. března 2007, kterou se mění vyhláška č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění vyhlášky č. 479/2006 Sb.
- 42) WABERŽINEK, G., KRAJÍČKOVÁ, D., et al. *Základy obecné neurologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2004. 243 s. ISBN 80-246-0803-0
- 43) WEINFURTEROVÁ, E. *Sociální opora pacientky s Huntingtonovou chorobou*. [online], 2005-09-11 [cit.2007-08-25]. Dostupný na WWW: <<http://www.sestra.cz/scripts/detail.php?id=293812>>.
- 44) ŽIAKOVÁ, K., JAROŠOVÁ, D., ČÁP, J. *Ošetřovatelství – konceptuální modely a teorie*. 1. vyd. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. 234 s. ISBN 80-7368-068-8
- 45) ŽIDOVSKÁ, J., HAVRDOVÁ, E., FLÍDR, J. *Huntingtonova choroba a její léčba; Huntingtonova choroba – přehled problematiky*. 1. vyd. Praha: SPHCH, 1996. 62 s. Registrace SPHCH: MV ČR č. VSC/1-6616/91-R



## SEZNAM ZKRATEK

ad	k, ke
ADL	Activities of Daily Living (aktivity denního života, test ADL dle Barthelové)
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrom
a kol.	a kolektiv
amp	ampule
anam.	anamnéza, anamnesticky
apod.	a podobně
AT	alkohol-toxikománie (např. léčení)
BIO	biochemická vyšetření krve
Bs	Bazální stimulace
°C	stupeň Celsia
cm	centimetr
CNS	Centrální Nervový Systém
crm.	krém (léková forma)
CT	počítačová tomografie
č.	číslo
ČID	částečný invalidní důchod
ČR	Česká Republika
DG/dg.	diagnóza
DNA	Deoxyribonukleová kyselina (Deoxyribonucleic Acid)
EBDK	elastická bandáž dolních končetin
EEG	elektroencefalografie
EKG	elektrokardiografie
event.	eventuelně, eventuálně
FIM	Functional Independence Measure (rozsah funkční nezávislosti, funkční index soběstačnosti)
Forrest	klasifikace krvácení (z vředu) – dle Forresta: – Forrest I – akutně krvácející léze (Ia stříká, Ib teče pozvolna) – Forrest II – stigmata krvácení, koagulem překrytý vřed – Forrest III – nenalezneme stopy po krvácení

FW	sedimentace, metoda dle Fahraeus/Westergren
HCD	horní cesty dýchací
HN	Huntingtonova Nemoc
http	Hypertext Transfer Protocol
i.m.	intra muscular
inj.	injekční
INR	International Normalization Ratio (jinak Quickův test)
IS	Index soběstačnosti
JT	jaterní testy (laboratorně)
kg	kilogram
KO	krevní obraz
KO+Diff.	krevní obraz a diferenciál KO
labor.	laboratoř, laboratorních
LTV	léčebná tělesná výchova
m	metr
mg	miligram
/min.	za minutu
MKN 10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. decennální revize
mmHg	milimetrů rtuťového sloupce
M+S	moč+sediment
MZČR	Ministerstvo Zdravotnictví České Republiky
NANDA	North American Nursing Diagnostic Association (Severoamerická asociace pro ošetrovatelskou diagnostiku)
např.	například
OA	osobní anamnéza
obr.	obrázek
odd.	oddíl, oddělení
PID	plný invalidní důchod
PET	pozitronová emisní tomografie
PL	Psychiatrická léčebna
p.o.	per os
pozn.	poznámka
příp.	případně

–R–	ráno
r.	rok
RA	rodinná anamnéza
resp.	respektive
RHB	rehabilitace
RTG	rentgenové vyšetření
SA	sociálně-pracovní anamnéza
Sb.	sbírka/y
sol.	roztok (léková forma)
S+P	srdce+plíce
SPHCH	Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě
st. p.	stav po
susp.	suspektní
sv.	svatý/svatá
tbl.	tableta/y
tj.	to je
TK+P	krevní tlak+puls
TRF	thyreotropin-releasing factor
tzv.	tak zvaně, tak zvaný, tak zvaná
ung.	mast (léková forma)
UZ	ultrazvukové vyšetření
vč.	včetně
www	World Wide Web

## SEZNAM OBRÁZKŮ

**Strana:**

obr. 1.1.1 – Tanec svatého Víta	12
obr. 1.1.2 – Chorea	12
obr. 1.1.3 – On Chorea, r. 1872	13
obr. 1.1.4 – George Huntington	13
obr. 1.1.5 – Možné kombinace předání vloh přímým potomkům	22
obr. 1.1.6 – Vylučovací prenatální testování	23
obr. 1.1.7 – Definitivní prenatální testování	23
obr. 1.2.1 – Grafické znázornění modelu M. Gordonové	34
obr. 1.2.2 – Schéma modelu Gordonové	34
obr. 1.2.3 – Grafické znázornění modelu Johnsonové	37
obr. 1.2.4 – Schéma modelu Johnsonové	37

## SEZNAM GRAFŮ

## Strana:

graf 2.1.1 – Práce s ošetrovateľskou dokumentáci	41
graf 2.1.2 – Podklad ke zpracování ošetrovateľské dokumentace 1	41
graf 2.1.3 – Zkušenosti s koncepčním modelem dle Gordonové	42
graf 2.1.4 – Zkušenosti s koncepčním modelem dle Johnsonové	42
graf 2.1.5 – Podklad ke zpracování ošetrovateľské dokumentace 2	43
graf 2.1.6 – Specifikace podkladů ke zpracování ošetr. dokumentace	43
graf 2.1.7 – Účelnost, efektivita ošetrovateľské dokumentace	44
graf 2.1.8 – Univerzalita ošetrovateľské dokumentace	45

## SEZNAM TABULEK

**Strana:**

tab. 1.1.1 – Diferenciální diagnostika	20
tab. 2.2.1 – Kódy funkční úrovně soběstačnosti, vzor	50
tab. 2.2.2 – Hodnocení v Testu základních všedních činností, ADL	51
tab. 2.2.3 – Výsledná skóre škál u klientů v různých stádiích HN	51
tab. 2.2.4 – Jednotlivé ošetřovatelské dovednosti při aplikaci modelu	52
tab. 2.2.5 – Číselná ilustrace vybraných ukazatelů	55

## SEZNAM PŘÍLOH

**Strana:**

Příloha č. 1 – Zadání dotazníku	84
Příloha č. 2 – Souhlas pacienta	85
Příloha č. 3 – Stanovisko Etické komise PL Bohnice (kopie)	86
Příloha č. 4 – Test základních všedních činností ADL dle Barthelové	87
Příloha č. 5 – Test funkční soběstačnosti (FIM)	88
Příloha č. 6 – kazuistika dle Gordonové u klienta v 1. stadiu HN	89
Příloha č. 7 – kazuistika dle Gordonové u klienta ve 2. stadiu HN	96
Příloha č. 8 – kazuistika dle Gordonové u klienta ve 3. stadiu HN	104
Příloha č. 9 – kazuistika dle Gordonové u klienta ve 4. stadiu HN	113
Příloha č. 10 – kazuistika dle Gordonové u klienta v 5. stadiu HN	123

## Příloha č. 1 – Zadání dotazníku

Dobrý den!

Obracím se na Vás, představitele ošetrovatelství ve Vaší instituci, s prosbou o spolupráci v malé sondě.

Jmenuji se Jan Běhounek, pracuji v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích a zároveň studuji obor ošetrovatelství na lékařské fakultě v Hradci Králové, UK v Praze. Letošním akademickým rokem svá studia míním uzavřít bakalářskou prací, která nese název "Využití vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství u klienta s dg. Huntingtonova nemoc". V rámci této práce provádím jednoduchý průzkum, který by mohl znázornit dosavadní zkušenosti s aplikací některých koncepčních modelů ošetrovatelství ve zdravotnických či pečovatelských zařízeních v ČR. Sonda, kterou Vám přikládám jako přílohu, čítá 7 (resp. 9) jednoduchých otázek s možností odpovědi *ano* x *ne*. Výsledky této sondy, které míním ve své práci publikovat, nebudou nikterak identifikovat jednotlivá zařízení. Jde pouze o plošný ukazatel stavu v ČR.

Vážím si času, který nad zpracováním mých otázek strávíte a děkuji Vám za něj.

S přáním hezkého dne,

Jan Běhounek, PL Bohnice, odd. 13, tel.: 284 016 501/213

### **Sonda stručného zmapování praktických zkušeností s definovanými koncepčními modely ošetrovatelství, v různých zdravotnických či pečovatelských zařízeních v ČR.**

<i>Prosím označte příslušnou odpověď:</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
Pracujete ve Vašem zařízení/instituci s ošetrovatelskou dokumentací?		
Je Vaše ošetrovatelská dokumentace zpracována podle některého z koncepčních modelů ošetrovatelství (alespoň schématicky)?		
Máte ve Vašem zařízení/instituci zkušenosti s využíváním koncepčního modelu dle Gordonové?		
Máte ve Vašem zařízení/instituci zkušenosti s využíváním koncepčního modelu dle Johnsonové?		
Je ošetrovatelská dokumentace, vedená ve Vašem zařízení/instituci, zpracována podle některého z výše uvedených modelů?	dle Gordonové?	
	dle Johnsonové?	
Jeví se Vám práce s ošetrovatelskou dokumentací, specifickou pro Vaše zařízení/instituci, jako účelná a efektivní?		
Domníváte se, že je ošetrovatelská dokumentace univerzálně využitelná u všech klientů Vašeho zařízení/instituce?		



## Příloha č. 2 – Souhlas pacienta

Jan Běhounek  
Pod Hliništěm 193/3  
182 00 Praha 8

### SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ A ZACHYCENÍM PODOBY

Já, níže podepsaný/á....., r. č: .....

bytem.....,  
vyjadřuji výslovný souhlas s tím, aby **Jan Běhounek, ID: 39524743**, shromažďoval a zpracovával osobní údaje, týkající se mé osoby, event. zachycoval mou podobu. Tyto materiály budou určeny pouze pro účely výzkumné činnosti v rámci bakalářské práce s názvem **Využití vybraných koncepčních modelů ošetřovatelství u klienta s dg. Huntingtonova nemoc**, jejímž autorem je Jan Běhounek. Tato práce bude vyhotovena ve dvou tiskových a jedné elektronické podobě a bude držena v archivu Univerzity Karlovy v Praze, lékařské fakulty v Hradci Králové a v soukromém držení Jana Běhouneka, to po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností plynoucích z platné legislativy ČR. Dále tímto výslovně prohlašuji, že jsem byl/a v souladu s ustanoveními § 11 zákona č. 101/2000 Sb. v platném znění o ochraně osobních údajů řádně informován/a o zpracování a ochraně osobních údajů v souvislosti s výše popsanou výzkumnou činností.

V....., dne.....

.....  
podpis

## Příloha č. 3 – Stanovisko Etické komise PL Bohnice (kopie)



### Psychiatrická léčebna Bohnice

státní příspěvková organizace

### Etická komise

Ethics Committee of the Psychiatric Hospital Bohnice

Ústavní 91, 181 02 Praha 8, tel: 84160111

e-mail: [etickakomise@plbohnice.cz](mailto:etickakomise@plbohnice.cz), [www.plbohnice.cz](http://www.plbohnice.cz)

### STANOVISKO ETICKÉ KOMISE

OPINION OF THE ETHICS COMMITTEE

- ☐ Multicentrické KH, je požadováno stanovisko multicentrické EK pro všechna centra  
*Multi-centric clinical trial, opinion issued by Ethics Committee for Multi-Centric Clinical Trials is required*
- ☐ Multicentrické KH, je požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)  
*Multi-centric clinical trial, opinion issued by local Ethics Committee(s) is required*
- ☐ KH prováděné v jednom centru, požadováno stanovisko EK pro místní centrum (centra)  
*Clinical trial conducted in a site, opinion of a local EC is required*

Číslo jednací/Reference Number. 8/2007

Žadatel/Applicant Jan Běhounek, PLB pav. 13

Název KH/Full Title of the Clinical Trial: Česky/Využití vybraných koncepčních modelů ošetrovatelství u klienta s dg. Huntingtonova choroba  
Anglicky.

Datum doručení žádosti/Date of submission the Application Form: 15.10.2007

Datum jednání EK + čas/Date of Ethics Committee's session including the time: 1.11.2007

Vyjádření etické komise/Ethics Committee's opinion:

EK vydává/ EC issues X souhlasné stanovisko / favourable opinion

Zdůvodnění stanoviska EK/reasons for EC opinion:

Po prostudování dodané dokumentace EK neshledala z etického hlediska žádné závady.

The EC did not find any ethical imperfection, after the delivered trial documentation had been checked up.

Datum/Date: 12.11.2007

Podpis předsedy EK nebo zástupce  
Signature of Chairperson or Vice Chairperson of the EC  
MUDr. Richard Krombholz

Psychiatrická léčebna Bohnice  
Etická komise  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8,  
Tel.: 28 4016141  
e-mail: [eticka.komise@plbohnice.cz](mailto:eticka.komise@plbohnice.cz),  
[www.plbohnice.cz](http://www.plbohnice.cz)

**Příloha č. 4 – Test základních všedních činností, ADL dle Barthelové**  
(Hronová, 2006)

Tento test je nutné zpracovat vždy na základě objektivních šetření. Údaje klienta postiženého demencí mohou být nespolehlivé a zavádějící. Test by pak o ničem nevypovídal.

Jméno klienta..... Datum..... Test provedl.....

Které z činností klient provede, skórujte podle níže uvedeného návodu:

1. Najedení, napití .....
2. Oblékání .....
3. Osobní hygiena .....
4. Koupání .....
5. Použití toalety .....
6. Chůze po schodech .....
7. Kontinence moče .....
8. Kontinence stolice .....
9. Přesun lůžko – židle .....
10. Chůze po rovině .....

**Způsob skórování:**

**položky 1 – 6:**

sám	10 bodů
s pomocí	5 bodů
neprovede	0 bodů

**položky 7 – 8:**

kontinentní	10 bodů
občas neudrží	5 bodů
převážně inkontinentní	0 bodů

**položka 9:**

sám	15 bodů
s malou pomocí	10 bodů
vydrží sedět	5 bodů
neprovede	0 bodů

**položka 10:**

sám více než 50 metrů	15 bodů
s lehkou pomocí (hole)	10 bodů
s výraznou pomocí (chodítko)	5 bodů
neprovede	0 bodů

**hodnocení:**

<b>0 – 40 bodů</b>	<b>vysoce závislý v běžných denních aktivitách</b>
<b>45 – 60 bodů</b>	<b>závislý</b>
<b>60 – 105 bodů</b>	<b>závislost lehčího stupně</b>
<b>110 bodů</b>	<b>soběstačný v základních všedních činnostech</b>

**Příloha č. 5 – Test funkční soběstačnosti**  
**Functional Independence Measure – FIM**  
(Vaňásková, 2005)

HODNOCENÍ FUNKČNÍHO INDEXU SOBĚSTAČNOSTI					
-profil FIM-					
		příjem	kontrola	propuštění	
Osobní péče:		datum:			
A.	Jídlo				
B.	Péče o zevnější sek				
C.	Koupání				
D.	Oblékání - horní končetiny, trup				
E.	Oblékání - dolní končetiny				
F.	Intimní hygiena				
Kontinence:					
G.	Kontinence - močový měchýř				
H.	Kontinence - konečník				
Přesuny:					
I.	Lůžko, židle, vozík				
J.	WC				
K.	Vana, sprcha				
Lokomoce:					
L.	Chůze / Vozík	<input type="radio"/> Chůze	<input type="radio"/> Vozík	<input type="radio"/> Obojí	
M.	Schody				
Pohybová dovednost: součet (max. 91 bodů)					
Komunikace:					
N.	Chápání	<input type="radio"/> Audio	<input type="radio"/> Video	<input type="radio"/> Obojí	
O.	Vyjadřování	<input type="radio"/> Verb.	<input type="radio"/> Neverb.	<input type="radio"/> Obojí	
Sociální aspekty:					
P.	Sociální kontakt				
Q.	Řešení problémů				
R.	Paměť				
Psychické funkce: součet (max. 35 bodů)					
<b>CELKOVÉ SKÓRE: součet (max. 126 bodů)</b>					
Tabulka hodnocení:					
Nezávislost					
7	Plná soběstačnost (opakovaně)	bez pomoci			
6	Částečná soběstačnost (pomůcka)				
Částečná závislost		s pomocí			
5	Potřebný dohled				
4	Minimální pomoc (nemocný = 75% +)				
3	Střední pomoc (nemocný = 50% +)				
Plná závislost					
2	Výrazná pomoc (nemocný = 25% +)				
1	Plná pomoc (nemocný = 0% +)				

Test byl vytvořen institucemi American Academy of Physical Medicine a American Congress of Rehabilitation Medicine v r. 1984 a vychází ze základního hodnocení indexu Barthelové, doplněný sledováním kognitivních funkcí. Hodnotí 18 činností v 6 kategoriích (osobní péče, kontinence, přesuny, lokomoce, komunikace a sociální aspekty). Každou z funkcí hodnotíme 7stupňovou bodovou škálou (1 = plná pomoc, 7 = plná soběstačnost). Celkové rozpětí skóre je 18 – 126 bodů (pohybová dovednost: 13 – 91 bodů, psychické funkce: 5 – 35 bodů). Předností FIM proti jiným testům je, že současně hodnotí pohybovou dovednost s funkcemi kognitivními. Je praktický pro klinické využití od přijetí pacienta přes kontrolní měření až s využitím ke stanovení dlouhodobých rehabilitačních cílů. Při výzkumu umožňuje matematické zpracování. Údaje získané pomocí FIM mají jasnou, pevnou terminologii. Proti indexu Bathelové je ucelenější a citlivější. Sedmibodová škála hodnocení má v porovnání s jinými testy schopnost detekce i menších funkčních změn. FIM je dobře použitelný v klinické praxi jako standard zdravotnické dokumentace (Vaňásková, 2005).

## **Příloha č. 6 – kazuistika dle Gordonové u klienta v 1. stadiu HN**

### **OBECNÉ ÚDAJE O KLIENTOVÍ**

Jméno, příjmení: ----  
Pohlaví: muž  
Věk: 41 let  
Rodinný stav: rozvedený, bezdětný  
Zaměstnání: ČID, pomocný dělník  
Další: Plnoštíhlý muž spíše nižšího vzrůstu, nedbale oholen, vzhledem působí starší, než odpovídá věku, přátelsky naladěný, ochotně spolupracující. V roce 2006 DNA analýza prokázala přítomnost mutovaného genu IT 15, diagnostikována Huntingtonova nemoc. V průběhu rozhovoru patrný mimovolní pohyby celého těla, častěji končetin, bezúčelné vstávání a poposedávání. Otázkám povětšinou rozumí, odpovídá rámcově přiléhavě, bohatě gestikuluje (umocněno choreatickými pohyby).

### **ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S KLIENTEM**

#### **1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Klient je seznámen s diagnózou a s očekávanou progresí zdravotního stavu. Subjektivně necítí žádné, jak sám uvádí: „vyloženě nepříjemné potíže“. Závažnost diagnózy jej prý někdy uvádí do stavu beznaděje, ale vždy se od toho nějak oprostí. Snaží se „žít naplno, dokud to ještě jde“. V posledním roce asi týdně viróza HCD v listopadu 2007, další závažné změny zdravotního stavu neuvádí. Kuřák, denně cca 10 cigaret, nemíní s tím skončit, příležitostně alkohol. Pravidelně dochází do poradny pro nemocné s HN, snaží se přiměřeně pohybovat, procházky, výlety. Je v péči stomatologa. Využívá služeb domácí pečovatelské agentury, vypomáhají mu především s udržováním domácnosti.

#### **2) Výživa a metabolismus**

Klient je bez dietního omezení, forma stravy normální, bez poruchy polykání, per os přijímá dobře. Strava je rozmanitá, „nakupuje mi paní ze služby a ona ví nejlíp, co mi má koupit“. Příjem tekutin nyní v normě (> 2litry/24hod.). Chuť k jídlu má nezměněnou, žízeň nepocítuje, zažívací potíže neuguje. Vzhled pokožky přiměřený, sliznice růžové, bez zjevných patologií. Bez kožních lézí či invazivních vstupů.

#### **3) Vylučování**

Se stolicí nemá klient potíže, denně, normálního množství, barvy i konzistence. Močí pravidelně, na WC si dojde. Pocení mírně zvýšené, oděr cítit není.

#### **4) Aktivita, cvičení**

Aktivita mírně omezená choreatickými pohyby, ale klientovi to prý nečiní zásadní potíže. Držení těla působí místy nejistě, stejně jako chůze, ovšem bez tendencí k pádu. Baví jej turistika, při zvýšené zátěži prý však potřebuje častěji odpočívat. „Někdy mám ale taky den, že nejdu nikam, jenom se tak válím a čekám, při tom si říkám, že to už nemá cenu...“, susp. depresivní epizody. Dochází 2x týdně na LTV.

### **5) Spánek, odpočinek**

Klient dlouhodobě pociťuje potíže se spaním, v noci se opakovaně budí (5 – 6x). „Jsou taky noci, kdy jsem vzhůru pořád a usnu třeba až nad ránem a to víte, když pak má jít jeden do práce...“ Hypnotika neužívá, ačkoliv je má od lékaře ordinovaná k příležitostnému užití. Přes den si někdy odpočine po obědě při sledování TV, ale jen pokud není v práci. Jinak se cítí přiměřeně odpočatý. Aktivní odpočinek pro něj představuje turistika, která jej baví. Dále četba, poslech hudby, TV (pozornost však dlouho neudrží).

### **6) Vnímání, poznávání**

Nemocný je plně lucidní, orientovaný všemi směry. Bez potíží se sluchem, šepot slyší. Řeč je mírně narušená, sakadovaná, místy se obtížně vyjadřuje, bohatě gestikuluje. Zrakové potíže nemá. Aktuálně nepociťuje žádné bolesti.

### **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Objektivně působí pozitivně a přátelsky. Sám se hodnotí spíše jako „životní optimista“. Ačkoliv si je vědom nepříznivé prognózy svého onemocnění, snaží se na to nemyslet a „užívat si“. Přiznává, že od potvrzení diagnózy už nemá tak pevnou vůli jako dříve, „proč taky, že jo...“, smích. Hlas přiměřený, řeč rámcově srozumitelná, místy samovolné vzdechy, skřeky, pokašlávání. Někdy výrazně zakolísá intonace nebo se začne zadržávat. Necítí se vážněji omezen, občas ho však obtěžují choreatické pohyby, problémy ve verbálním projevu a zhoršené spaní, jak sám udává.

### **8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Klient je v částečném invalidním důchodu, zároveň pracuje jako pomocný dělník na stavbě. Bydlí sám v nájemním bytě ve druhém poschodí (bez výtahu!), prozatím se do schodů dostane bez zásadních potíží. Je rozvedený, s bývalou manželkou se nestýká, rodiče žijí (matka na vzdáleném venkově, otec v ústavu dle spádu se stejnou dg.) Vůči ostatním lidem zaujímá spíše přátelský postoj, i když nijak aktivně, přítel má spíše poskromnu, příležitostně se s nimi schází v restauraci. Dále má známé v poradně pro klienty s HN.

### **9) Sexualita, reprodukční schopnost**

Pacient je bez trvalého partnerského vztahu, bezdětný. Prostatické potíže neguje.

### **10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládnutí, tolerance**

Za významnou stresovou zátěž lze považovat potvrzení dg. On sám se snaží tomu nepodlehout, i když přiznává: „mám slabé chvíle, kdy to na mě padne...“. Klient popisuje úzkosti, pocity beznaděje, „obvykle to ale přejde samo...“, někdy relaxuje, jindy stres řeší alkoholem.

### **11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

„Myslím, že nejsem v situaci, abych něco takového řešil, jen nepromarnit čas, který ještě mám...“

### **12) Jiné**

Bez dalších připomínek.

## ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO VYŠETŘENÍ A OBJEKTIVNÍHO POZOROVÁNÍ

### 1) Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

<u>Celkový vzhled:</u>	upravený, čistý, vstřícný, působí pozitivním dojmem
<u>Výška:</u>	174 cm
<u>Hmotnost:</u>	68 kg (bez nápadného úbytku na váze během poslední doby), aktuální BMI: 22,46
<u>Dutina ústní:</u>	sliznice růžové, jazyk plazí středem, občas jej bizarně kroutí
<u>Zuby, zubní náhrada:</u>	udržovaný vlastní chrup, protetika ne
<u>Slyší šepot?:</u>	ano
<u>Přečte novinové písmo?:</u>	ano
<u>Puls:</u>	84/min, pravidelný, hmatný, jasně lokalizovaný
<u>Dýchání:</u>	18/min, nepravidelné, střídání hlubokých a povrchních dechů
<u>TK:</u>	130/85
<u>TT:</u>	36,7°C
<u>Stisk ruky:</u>	přiměřený, tužku zvedne
<u>Rozsah pohybu kloubů:</u>	neomezený, v péči RHB pracovníka (LTV)
<u>Kůže – barva:</u>	normálně zbarvená, pokožka zvýšeně opocená
<u>Léze:</u>	bez defektů
<u>Riziko vzniku dekubitu:</u>	aktuálně bez rizika, počet bodů 32 (dle Nortonové skóre)
<u>Chůze:</u>	rámcově rovnoměrná, místy narušená choreatickým záškubem
<u>Držení těla:</u>	vzpřímené, občas krátkodobé dystonie
<u>Chybění části těla:</u>	není
<u>Invazivní vstupy:</u>	intravenózní kanyla – ne; cévky, vývody – ne; odsávání – ne

### 2) Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5

(0=nezávislý/á; 1=vyžaduje pomocný prostředek; 2=potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby; 3=potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení; 4=potřebuje úplný dohled; 5=potřebuje úplnou pomoc, sám/a není schopen/na)

<u>Schopnost najíst se:</u> 0	<u>Pohyb na lůžku:</u> 0
<u>Schopnost umýt se:</u> 0	<u>Schopnost uvařit si:</u> 2
<u>Schopnost vykoupat se:</u> 1	<u>Schopnost nakoupit si:</u> 2
<u>Schopnost obléknout se:</u> 0	<u>Udržovat domácnost:</u> 2
<u>Celkový pohyb:</u> 0	<i>Index soběstačnosti:</i> * 0,8

Další škály k hodnocení soběstačnosti:\*\* ADL – 105 FIM – 119

### 3) Objektivní hodnocení

<u>Orientace:</u>	orientován časem, místem, osobou i situací
<u>Řeč, způsob vyjadřování:</u>	řeč sakadovaná, vyjadřování prosté, úplné
<u>Úroveň slovní zásoby:</u>	vyhovující kladeným otázkám, formulace adekvátní
<u>Hlas a způsob řeči:</u>	hlas přiměřený, občas mimovolní vzdechy, skřeky, bizarní mimika
<u>Oční kontakt:</u>	oční rámcově udrží, místy mimovolně zkroutí oční bulvy
<u>Psychický stav:</u>	pozitivně naladěný, přátelský, vstřícný

\* Index soběstačnosti je pomocná, průměrná veličina pro selekci klientů v empirické části práce.

\*\* Další škály k hodnocení soběstačnosti jsou prezentovány v přílohách č. 4 – ADL a č. 5 – FIM (pozn. autora).

## ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

### 1) Shrnutí zjištěného

Pohlaví: muž  
Věk: 41  
Stav: rozvedený  
Povolání: pomocný dělník, ČID  
Hospitalizace: není nutná, v domácím ošetřování, klient agentury domácí péče  
Alergie: neudává

Základní dg.: G 10 Huntingtonova nemoc  
Dg. souhrn: – susp. reaktivní depresivní epizody  
Léčba: Dieta: racionální  
RHB: LTV  
p.o.:  
– Depakine chrono<sup>(300 mg)</sup> 1 – 1 – 0 tbl  
– Hypnogen<sup>(10 mg)</sup> 1 tbl (při nespavosti)

### 2) Zjištěné problémy klienta

- Zhoršený spánek (často přerušovaný spánek)
- Susp. reaktivní depresivní epizody, úzkost
- Zhoršená schopnost hospodaření v domácnosti
- Ovlivněná mobilita v souvislosti s projevem základního onemocnění (chorea)



# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	Hodnocení
<p><b>dg. č. 01</b>  <b>Spánek porušený</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  mimovolní rušivé pohyby, reaktivní deprese, úzkosti  <u>projevy/příznaky:</u>  verbalizace nemocným, únava přes den, vyšší potřeba odpočinku</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient se cítí alespoň rámcově odpočínutý</li> <li>– klient zná a dokáže využít relaxační techniky či návyky ke z kvalitnější spánku</li> <li>– klient zná účinek hypnotik, ví kdy a jak je má správně užívat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vypomož klientovi s plánováním příměřených denních aktivit</li> <li>– seznam jej s jednoduchými přípravami před spaním (větraná místnost, chladnější prostředí apod.)</li> <li>– nabídní nemocnému využití některých relaxačních technik, např. autogenní trénink na magnetofonu</li> <li>– vysvětlí klientovi účinek hypnotika dle příbalového letáku, ujisti se o porozumění</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou týdně.</i></p>
<p><b>dg. č. 02</b>  <b>Úzkost, mírná</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  znalost zničující prognózy onemocnění, strach z budoucího  <u>projevy/příznaky:</u>  vědomé potlačování vtravých myšlenek, jejich přiznání nemocným, nespavost</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient zná způsoby odpoutání pozornosti od nepříjemných myšlenek</li> <li>– klient zná příznaky deprese jako součást základního onemocnění</li> <li>– klient ví, kde vyhledá odbornou pomoc v případě potřeby</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– společně s nemocným prober metody k odpoutání pozornosti od úzkosti, ty které již teď používá podporuj</li> <li>– nabídní další možnosti</li> <li>– seznam jej s méně obecně známými projevy deprese</li> <li>– monitoruj non-/verbální projevy chování</li> <li>– veď pravidelně záznamy o chování</li> <li>– informuj klienta o možnosti návštěvy psychiatrické ambulance</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 03</b>  <b>Udržování domácnosti, porušené</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  pokles soběstačnosti v rámci progresse stavu, nemoci  <u>projevy/příznaky:</u>  verbalizace nemocným, nutnost využívání služeb agentury domácí péče, výsledky měření funkční úrovně soběstačnosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient má udržované a bezpečné domácí prostředí</li> <li>– u klienta v domácnosti jsou efektivně zajištěny základní domácí práce (úklid, vaření, nákupy apod.)</li> <li>– klient dokáže co nejdéle samostatně udržovat domácnost</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultuj pravidelně situaci s agenturou domácí péče, jejíchž služeb nemocný využívá</li> <li>– motivuj a podporuj nemocného v zajišťování domácnosti vlastními silami</li> <li>– konzultuj s nemocným možnost docházení na ergoterapeutické pracoviště</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i></p>
<p><b>dg. č. 04</b>  <b>Pohyblivost porušená</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  projev základního onemocnění  <u>projevy/příznaky:</u>  mimovolní, nekontrolované bizarní pohyby trupu a končetin (chorea, dystonie)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient co nejdéle zvládá samostatný pohyb</li> <li>– klient zná vhodné fyzioterapeutické metody a cviky</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultuj možnosti s erudovaným fyzioterapeutem</li> <li>– vypomož nemocnému s plánováním vhodných cviků, ve vhodnou denní dobu (cca 15 min. 2x denně)</li> <li>– ujisti se o porozumění</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 05</b>  <b>Intoxikace, zvýšené riziko</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  užívání medikace dle příslušné ordinace ambulantního lékaře, nedostatek informací o medikaci  <u>projevy/příznaky:</u>  možný výskyt nežádoucích účinků či negativní interakce (dle charakteristik v příbalovém informačním letáku)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient nemá příznaky odpovídající popisovaným i jiným komplikacím při léčbě</li> <li>– klient zná a dokáže upozornit na subjektivně vnímanou nepohodu</li> <li>– klient má a/nebo dokáže zjišťovat potřebné informace o užívané medikaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– všimne si možného výskytu nežádoucích účinků podávané medikace, ptej se nemocného na subjektivní vnímání léčby</li> <li>– poskytni klientovi informace o případných nežádoucích či netypických účincích léčiva (event. o režimových opatřeních)</li> <li>– objasni, pro klienta pochopitelnou formou, význam informací v příbalovém informačním letáku</li> <li>– ujasni se o porozumění poskytnutých informací</li> <li>– pravidelně kontroluj zásobu předepsané medikace, všimne si jiných, svévolně užívaných léčiv</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou týdně.</i></p>

## **Příloha č. 7 – kazuistika dle Gordonové u klienta ve 2. stadiu HN**

### **OBECNÉ ÚDAJE O KLIENTOVI**

<u>Jméno, příjmení:</u>	----
<u>Pohlaví:</u>	muž
<u>Věk:</u>	40 let
<u>Rodinný stav:</u>	svobodný, bezdětný
<u>Zaměstnání:</u>	PID
<u>Další:</u>	Pohublý muž nižšího vzrůstu, neoholen, vzhledem působí starší, než odpovídá věku, oblečen v čistém, ale potrhaném prádle o více vrstvách. Spíše plachý, nedůvěřivý, spolupracuje omezeně, vyhýbavě. Od roku 2002 se u něj objevují pohybové potíže, v roce 2005 podstoupil DNA analýzu, která prokázala Huntingtonovu nemoc. V současné době je klient v péči střediska pomoci Naděje, kam nepravidelně dochází. Reálně bez bydliště, bezdomovec. V průběhu rozhovoru patrný zvýrazněné choreatické pohyby končetin i celého těla, bezúčelné vstávání a poposedávání. Otázkám povětšinou rozumí, odpovídá však značně omezeně, většinou jednoslovně.

### **ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S KLIENTEM**

#### **1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Klient zná svou diagnózu i předpokládanou progresi zdravotního stavu. Na otázku jak se cítí, uvádí pouze, že neví. Je si vědom závažnosti nemoci, sám však naznačuje, že nyní je pro něj větším problémem nedostatek cigaret a „něco k pití“, gestem napodobuje pití alkoholu. Při cíleném dotazu potvrzuje časté požívání alkoholických nápojů, tedy pokud je má k dispozici (v době rozhovoru bez známek ebriety). Peníze na alkohol, cigarety a „nějaký to jídlo“ shání všelijak, neboť z důchodu by prý určitě nevyšel. Nápadné změny zdravotního stavu za poslední rok neudává. Kuřák, denně cca 15 – 20 cigaret, nemíní s tím skončit. Žije na ulici, nepravidelně navštěvuje Naději, přespává na ubytovně, do poradny pro nemocné s HN nechodí, v péči stomatologa není.

#### **2) Výživa a metabolismus**

Klient je bez dietního omezení, forma stravy normální. Potvrzuje zhoršující se poruchy polykání, resp. hůře se mu žvýká. Strava spíš jednotvárná, nějaké pečivo, salám, sýr, polévka apod. Příjem tekutin snad v normě, klient potvrzuje větší než 2litry/24hod (těžko hodnotit kolik z toho je alkohol). Černou kávu ano, asi 2 – 3x denně. Chuť k jídlu má nezměněnou, žízeň nepocítuje, zažívací potíže neuguje. Vzhled pokožky a sliznic je přiměřený. Na končetinách četné exkoriace, pravděpodobně drobné úrazy v rámci mimovolních pohybů. Svědění klient neuguje.

#### **3) Vylučování**

Stolice pravidelná, cca 1x denně, potíže nemá, množství normální, stejně jako barva a konzistence (dle pacientova tvrzení). Na WC si dojde, s močením potíže nemá. Pocení zvýšené, odér je cítit v přijatelné míře.

#### **4) Aktivita, cvičení**

Celkový pohyb je ovlivněn choreou a dystonií, klient se tím však necítí subjektivně omezen. Nevyvíjí žádné aktivity, nikam prý nechodí, pohybový režim ponechává svému spontánnímu vývoji, resp. popírá, že by navštěvoval nějaké RHB pracoviště. Žije bezdomoveckým způsobem, různě se potuluje s kamarády, přespává na ubytovně.

#### **5) Spánek, odpočinek**

Nemocný v noci špatně spí, často se budí nebo „nespím vůbec“. Udává, že je to do značné míry způsobeno nočním ruchem na ubytovně. Přes den se baví s kamarády, jinou formu odpočinku prý nepotřebuje. V Naději se vykoupe a celkově se upraví, jinak se cítí přiměřeně odpočatý, hypnotika neužívá.

#### **6) Vnímání, poznávání**

Klient je plně lucidní, orientovaný místem, osobou, časem nepřesně. Bez potíží se sluchem, šepot slyší. Řeč je narušená, sakadovaná, obtížně se vyjadřuje. Bohatě gestikuluje, spíše však necíleně. Zrakové potíže nemá, resp. popírá potřebu korekce zraku, novinové písmo nepřečte. Aktuálně nepocítuje žádné bolesti.

#### **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Objektivně působí vystrašeně, ku spolupráci přistupuje s despektem. Nechce o sobě hovořit, jednoduše odpovídá pouze na cílené otázky, které je nutno uzpůsobit jeho kognitivním schopnostem. Na základě cílených dotazů lze soudit, že je spíše méně zodpovědný s oslabenou vůlí. Hlas přiměřený, řeč rámcově srozumitelná, zrychlená, místy zadržává, pokašlává. Subjektivně se necítí vážněji omezen.

#### **8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Klient je v plném invalidním důchodu. Bydlí sám na ubytovně v přízemí. Je svobodný, bez trvalého vztahu, o rodičích nemluví, nechce se vyjádřit ani k případné genetické zátěži v rodině. Působí spíše ostražitě, nedůvěřuje neznámým lidem. Na jedné straně se považuje spíše za samotáře, resp. to souhlasně potvrzuje, na straně druhé pokyvuje při dotazu na přátele.

#### **9) Sexualita, reprodukční schopnost**

Nemocný je bezdětný. Prostatické potíže neguje.

#### **10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

V průběhu rozhovoru je patrné pacientovo napětí, což také potvrzuje. Souhlasí s úsudkem, že jej do tohoto stavu uvádí rozpaky z této situace, tedy důvěrný rozhovor s neznámým člověkem. Nedokáže popsat, jakým způsobem stresové situace zvládá. Přiznává prožívání úzkostí, od kterých se oprostí v přítomnosti přátel „z ulice“.

#### **11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Nechce se vyjadřovat.

#### **13) Jiné**

Bez dalších připomínek.

## ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO VYŠETŘENÍ A OBJEKTIVNÍHO POZOROVÁNÍ

### 1) Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

<u>Celkový vzhled:</u>	zanedbaný, neupravený, rámcově čistý, oblečen v potrhaných oděvech ve více vrstvách, nedbale ustrojen
<u>Výška:</u>	167 cm
<u>Hmotnost:</u>	66 kg (bez nápadného úbytku na váze během poslední doby), aktuální BMI: 23,67
<u>Dutina ústní:</u>	sliznice růžové, mimika bizarní, kroutivé špulení jazyka
<u>Zuby, zubní náhrada:</u>	neudržovaný, částečně chybějící vlastní chrup, protetika ne
<u>Slyší šepot?:</u>	ano
<u>Přečte novinové písmo?:</u>	ne, korekci zraku nechce
<u>Puls:</u>	76/min, pravidelný, hmatný, jasně lokalizovaný
<u>Dýchání:</u>	18/min, nepravidelné, střídání hlubokých a povrchních dechů
<u>TK:</u>	110/70
<u>TT:</u>	36,8°C
<u>Stisk ruky:</u>	chabý, tužku zvedne, vzhledem k projevům nemoci neudrží
<u>Rozsah pohybu kloubů:</u>	částečně omezený v oblasti šíje, neschopen záklonu
<u>Kůže – barva:</u>	normálně zbarvená, pokožka zvýšeně opocená
<u>Léze:</u>	četné exkoriace na končetinách
<u>Riziko vzniku dekubitu:</u> (dle Nortonové skóre)	aktuálně bez rizika, počet bodů 31
<u>Chůze:</u>	škubavá, choreatická, o široké basi, „tanec sv. Víta“
<u>Držení těla:</u>	nejisté, deformované tardivními dyskinézami
<u>Chybění části těla:</u>	není
<u>Invazivní vstupy:</u>	intravenózní kanyla – ne; cévky, vývody – ne; odsávání – ne

### 2) Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5

(0=nezávislý/á; 1=vyžaduje pomocný prostředek; 2=potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby; 3=potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení; 4=potřebuje úplný dohled; 5=potřebuje úplnou pomoc, sám/a není schopen/na)

<u>Schopnost najíst se:</u> 0	<u>Pohyb na lůžku:</u> 0
<u>Schopnost umýt se:</u> 0	<u>Schopnost uvařit si:</u> 5
<u>Schopnost vykoupat se:</u> 2	<u>Schopnost nakoupit si:</u> 2
<u>Schopnost obléknout se:</u> 2	<u>Udržovat domácnost:</u> 3
<u>Celkový pohyb:</u> 0	<u>Index soběstačnosti:</u> * 1,6

Další škály k hodnocení soběstačnosti: \*\* ADL – 100      FIM – 108

### 3) Objektivní hodnocení

<u>Orientace:</u>	orientován všemi směry, časem nepřesně
<u>Řeč, způsob vyjadřování:</u>	řeč explozivní, sakadovaná s vedlejšími fenomény (vzdechy, skřeky atd.), vyjadřování útržkovité, jednoslovní
<u>Úroveň slovní zásoby:</u>	chabá slovní zásoba, odpovědi mnohdy nedokončené
<u>Hlas a způsob řeči:</u>	hlas tišší s nepřiměřeně kolísavou intonací, často dysartrický
<u>Oční kontakt:</u>	vyhýbavý, mimovolně kroutí oční bulvy, umocněno plachostí
<u>Psychický stav:</u>	plachý, hůře spolupracuje, negativistický

\* Index soběstačnosti je pomocná, průměrná veličina pro selekci klientů v empirické části práce.

\*\* Další škály k hodnocení soběstačnosti jsou prezentovány v přílohách č. 4 – ADL a č. 5 – FIM (pozn. autora).

## ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

### 1) Shrnutí zjištěného

<u>Pohlaví:</u>	muž
<u>Věk:</u>	40
<u>Stav:</u>	svobodný
<u>Povolání:</u>	PID
<u>Hospitalizace:</u>	není nutná, v domácím ošetřování, klient sdružení Naděje ambulantní sféru nevyužívá
<u>Alergie:</u>	neudává
<u>Základní dg.:</u>	G 10 Huntingtonova nemoc
<u>Dg. souhrn:</u>	– causa socialis
<u>Léčba:</u>	Dieta: racionální – bez pravidelné medikace

### 2) Zjištěné problémy klienta

- Zhoršená spolupráce, neochota
- Zhoršený spánek (často přerušovaný spánek)
- Defekty, exkoriace na pokožce končetin
- Potíže se stravováním
- Omezená schopnost komunikace, dysartrie
- Ovlivněná mobilita v souvislosti s projevem základního onemocnění (chorea)

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 01</b> <b>Neochota ke spolupráci</b> <u>důvody/příčiny:</u> nejistota, nedůvěra v neznámé prostředí a v péči zdravotníků, neplnohodnotný vztah mezi klientem a poskytovatelem péče <u>projevy/příznaky:</u> projevy despektu, vyhýbavý oční kontakt, projevy plachosti, strohost odpovědí, nezáměr o ambulantní péči	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient získá důvěru v pomoc profesionálů, vč. prostředí, kde bude poskytována</li> <li>– klient zná výhody nabízené péče a rozumí jim</li> <li>– klient je nakloněn spolupráci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– domluv s nemocným místo a termín dalšího setkání dle jeho představ</li> <li>– vyvaruj se ukvapenosti, rozhovor přizpůsob jeho mentální úrovni, nepodceňuj jej, vyvaruj se devalvace</li> <li>– pouč klienta o konkrétních místech, kde mu může být poskytována pomoc, např. Společnost pro pomoc při HN</li> <li>– vysvětli klientovi, jakou pomoc může očekávat, jaké to pro něj může mít výhody s ohledem na progresi nemoci (kompenzační pomůcky, sociální a pečovatelské služby či poradenství apod.)</li> </ul>	<i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou týdně (resp. dle určení klienta).</i>
<b>dg. č. 02</b> <b>Spánek porušený</b> <u>důvody/příčiny:</u> choreatické pohyby, dyskinézy, vliv prostředí (hluk na ubytovně) <u>projevy/příznaky:</u> verbalizace nemocným	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient se nadále cítí odpočínutý</li> <li>– klient je seznámen s nespavostí, mj. jako s projevem základního onem.</li> <li>– klient ví, kde může vyhledat pomoc v případě výskytu subj. potíží spojených s nespavostí</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o vývoji nespavosti, vč. projevů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vysvětli nemocnému pojem nespavost a její možný původ, ujisti se o porozumění</li> <li>– pouč jej o možnosti návštěvy lékaře, a jak mu může pomoci</li> <li>– seznam jej s jednoduchými přípravami před spaním (větraná místnost, chladnější prostředí apod.)</li> <li>– monitoruj pravidelně kvalitu spánku a projevy únavy při každé návštěvě, dokumentuj</li> </ul>	<i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou týdně.</i>



# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 03</b> <b>Kožní integrita porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> nárazy končetin do okolních předmětů a do vlastního těla v rámci nekoordinace pohybů <u>projevy/příznaky:</u> vizuální lokalizace exkoriací na horních i dolních končetinách	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient má zhojeny současné kožní léze</li> <li>– u klienta se nevyskytují nežádoucí komplikace, infekce</li> <li>– u klienta nepřibývají další poranění</li> <li>– klient zná metody péče o pokožku</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o výskytu dalších poranění, event, rozvoji komplikací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pečuj o dokonalou hygienu kůže s důrazem na okolí lokalizace ranek</li> <li>– vysvětlí a nauč klienta, jak má správně o pokožku pečovat (nedráždívá mýdla, pomůcky, indifferenční krémy apod.)</li> <li>– vysvětlí nemocnému, proč k poraněním dochází a jak jim může předcházet (vyhýbat se úzkým a členitým prostorům, mít řádně upravené nehty apod.)</li> <li>– při každé návštěvě monitoruj stav, rozsah a orientační množství exkoriací, poranění</li> <li>– vše dokumentuj</li> </ul>	<i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou týdně.</i>
<b>dg. č. 04</b> <b>Polykání porušené</b> <u>důvody/příčiny:</u> nekoordinované pohyby žvýkacího a hltanového svalstva <u>projevy/příznaky:</u> verbalizace nemocným, pozorovaná bizarní mimika	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient zná způsob správného stravování, jako prevenci aspirace</li> <li>– klient je znalý vhodné úpravy a konzistence pokrmů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vysvětlí nemocnému možnosti správného stravování, např. dostatek času, klidné prostředí, jíst pomalu, častěji, dostatek tekutin při jídle, apod.</li> <li>– informuj klienta o možnostech úpravy stravy (drobně krájené či měkké pokrmy)</li> <li>– ujisti se o porozumění</li> </ul>	<i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 05</b> <b>Komunikace verbální porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> nekoordinované pohyby mimického a žvýkacího svalstva <u>projevy/příznaky:</u> dysartrie, mluva explozivní, sakadovaná s vedlejšími fenomény (vzdechy, skřeky adt.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient zná jiné techniky dorozumění</li> <li>– klient je schopen vyjádřit svá sdělení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ve spolupráci s klientem nalezní vhodný způsob komunikace (psaní, skládání písmen, obrázků apod.)</li> <li>– citlivě reaguj na nonverbální způsoby sdělení nemocného</li> <li>– v rozhovoru s ním vol jednoduché otázky vynucující si stručné odpovědi</li> </ul>	<i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i>
<b>dg. č. 06</b> <b>Pohyblivost porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> projev základního onemocnění <u>projevy/příznaky:</u> mimovolní, nekontrolované bizarní pohyby trupu a končetin (chorea, dystonie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient co nejdříve zvládá samostatný pohyb</li> <li>– klient je motivován k vyvíjení přiměřené aktivity</li> <li>– klient zná vhodné fyzioterapeutické metody a cviky (spíše pragmaticky)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultuj možnosti s erudovaným fyzioterapeutem</li> <li>– objasni klientovi výhody přiměřené aktivizace v rámci jeho onemocnění (prodloužení samostatnosti, oddálení apraxie)</li> <li>– vypomož nemocnému s plánováním vhodných cviků, vedoucích k vyšší míře samostatnosti (vstávání, sedání, chůze do schodů, po rovině apod.)</li> <li>– ujisti se o porozumění</li> </ul>	<i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 07</b>  <b>Infekce, riziko vzniku</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  výskyt exkoriací, drobná poranění  <u>projevy/příznaky:</u>  vizuální lokalizace defektů na horních a dolních končetinách</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient nemá příznaky počínající infekce</li> <li>– klient zná projevy nežádoucích komplikací</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pečuj o pokožku dle plánu dg.č. 03, monitoruj stav exkoriací s důrazem na známky místní infekce, vše dokumentuj</li> <li>– informuj nemocného o projevech nežádoucích komplikací, ujisti se o porozumění</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při další návštěvě klienta, jednou za měsíc.</i></p>

## **Příloha č. 8 – kazuistika dle Gordonové u klienta ve 3. stadiu HN**

### **OBECNÉ ÚDAJE O KLIENTOVÍ**

<u>Jméno, příjmení:</u>	----
<u>Pohlaví:</u>	muž
<u>Věk:</u>	42 let
<u>Rodinný stav:</u>	2 x rozvedený, 2 dcery, s rodinou zcela rozvázané vztahy
<u>Zaměstnání:</u>	PID
<u>Další:</u>	Kachektický muž střední postavy s výraznými projevy nekoordinovaných pohybů trupu, mimického svalstva, jazyka a dolních i horních končetin. Hospitalizován v PL Bohnice od roku 2005 pro psychickou dekompenzaci při diagnostikované Huntingtonově nemoci. V současné době dominuje chronický deficit v oblasti sebezpečí a sociální problematika. Snaží se spolupracovat, ovšem jen po omezenou dobu. Patrný úbytek kognitivních schopností, intelektově spíše podprůměrný. Spolupráce je značně komplikována výraznou dysartrií, neschopen výslovnosti, vyjádří souhlas či nesouhlas.

### **ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S KLIENTEM**

#### **1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Klient ví o svém onemocnění pouze to, že je dědičné a nevyléčitelné. Cítí se dobře, resp. souhlasně přitakává a zamítá, že by mu bylo špatně. Nápadné změny zdravotního stavu za poslední rok neguje. Kuřák, denně cca 10 – 15 cigaret, nemíní s tím skončit. Žádné specifické aktivity k udržení zdraví nevyvíjí, na oddělení za ním pravidelně dochází klinický logoped, je v péči stomatologa.

#### **2) Výživa a metabolismus**

Dieta racionální, forma stravy normální. Při stravování klient potvrzuje určité problémy, ojedinele se zakucká. Příjem tekutin je v normě, pacient potvrzuje větší než 2litry/24hod. V rámci vycházek v areálu PL si pravidelně dává nealkoholické pivo. Přiznává, že občas opustí areál a dá si i alkoholické pivo. Černou kávu ano, asi 2 – 3x denně. Chuť k jídlu má nezměněnou, žízeň nepocituje, zažívací potíže neguje. Pokožka vlhká, opocená, sliznice růžové. Svědění pokožky klient neguje.

#### **3) Vylučování**

Se stolicí nemá nemocný potíže, denně, normálního množství, barvy i konzistence. Na WC si dojde, s močením potíže nemá. Pocení nadměrné, odér je cítit v přijatelné míře.

#### **4) Aktivita, cvičení**

Celkový pohyb je ovlivněn výraznou choreou a dyskinézou, které významně ovlivňují jeho celkovou schopnost mobility. Schopen samostatné chůze o široké basi. Nevyvíjí žádné vědomé RHB aktivity. Rád a pravidelně chodí na procházky v areálu PL, souvisle ujde jen krátké vzdálenosti (cca 200 m), pak si musí odpočinout.

### **5) Spánek, odpočinek**

Nemocný v noci špatně spí, často se budí, stav mnohdy hraničí s insomnií (dle dokumentace), hypnotika si však nežadá. Přes den pak často ospává. Únavu prý nepocítuje, potvrzuje, že během pobytu na odd. má dostatek času na odpočinek. Chodí navštěvovat bratra, který leží na stejném odd., spolu pak nejčastěji sledují TV, jinou formu odpočinku prý nepotřebuje.

### **6) Vnímání, poznávání**

Klient je plně lucidní, orientovaný místem a osobou, časem nepřesně. Bez potíží se sluchem, šepot slyší. Řeč je výrazně dysartrická, nesrozumitelná s množstvím vedlejších fenoménů (vzdechy, skřeky). Patrný neklid jazyka, bizarní grimasy. Zrakové potíže nemá, resp. popírá potřebu korekce zraku, novinové písmo nepřečte (susp. pokles intelektu). Aktuálně nepocítuje žádné bolesti.

### **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Velmi obtížně rozumí kladeným otázkám. Z kladných či záporných odpovědí, v kombinaci s dlouhodobým pozorováním lze soudit, že je spíše optimistou. V průběhu rozhovoru působí pozitivně naladěm. Hlas intonačně kolísavý, řeč nesrozumitelná, zadrhává, neartikulovaná slova ze sebe „vyráží“. Omezení pocítuje v tom, že musí být hospitalizován, i když uznává výhody, které mu pobyt v léčebně přináší.

### **8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Klient je v plném invalidním důchodu. Před hospitalizací bydlel u známých, kteří mu snad vařili a šatili ho (pomáhal jim na stavbě). Nyní fakticky bez domova. Je podruhé rozvedený, v současnosti bez trvalého vztahu. Oba rodiče zemřeli, matka Ca dělohy, otec suicidoval. V rodině klienta trpělo a trpí Huntingtonovou nemocí celé mužské pokolení (děd, otec, bratr). Přátele má již jen zde, spolupacienty, vč. bratra, který je v terminálním stádiu stejného onemocnění.

### **9) Sexualita, reprodukční schopnost**

Nemocný má dvě dcery, s nimi ani s bývalými manželkami se nestýká. Zcela rozvázané vztahy, ani neví, kde žijí. O genetické zátěži údajně vědí. Prostatické potíže neguje.

### **10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Souhlasně přikyvuje a naznačuje, že mu někdy bývá smutno, neví proč. Jinak má náladu spíš pořád stejnou, dobrou...

### **11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Nevyjadřuje se.

### **14) Jiné**

Bez dalších připomínek.

## ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO VYŠETŘENÍ A OBJEKTIVNÍHO POZOROVÁNÍ

### 1) Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

<u>Celkový vzhled:</u>	rámcově upravený, neoholený, neučesaný, čistý, oblečen v nemocničním prádle a teplácích
<u>Výška:</u>	175 cm
<u>Hmotnost:</u>	47 kg (s pozvolným úbytkem na váze), aktuální BMI: 15,35
<u>Dutina ústní:</u>	sliznice růžové, mimika bizarní, krouživé špulení jazyka
<u>Zuby, zubní náhrada:</u>	udržovaný vlastní chrup, protetika ne
<u>Slyší šepot?:</u>	ano
<u>Přečte novinové písmo?:</u>	ne, korekci zraku nechce
<u>Puls:</u>	96/min, pravidelný, hmatný, jasně lokalizovaný
<u>Dýchání:</u>	21/min, pravidelné, spíše povrchní
<u>TK:</u>	140/90
<u>TT:</u>	36,8°C
<u>Stisk ruky:</u>	přiměřený, tužku zvedne, vzhledem k projevům nemoci neudrží
<u>Rozsah pohybu kloubů:</u>	ztuhlý v oblasti šíje, trupu a kyčlí, neschopen záklonu a pohybů hlavy (točí se celým tělem), úbytek jemné motoriky
<u>Kůže – barva:</u>	normálně zbarvená, pokožka značně opocená
<u>Léze:</u>	ne
<u>Riziko vzniku dekubitu:</u> (dle Nortonové skóre)	aktuálně bez rizika, počet bodů 28
<u>Chůze:</u>	choreatická, nejistá, neplynulá, o široké basi, „tanec sv. Víta“, působí značně nestabilně
<u>Držení těla:</u>	nejisté, deformované dystonií až křečovitým propnutím
<u>Chybění části těla:</u>	není
<u>Invazivní vstupy:</u>	intravenózní kanyla – ne; cévky, vývody – ne; odsávání – ne

### 2) Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5

(0=nezávistý/á; 1=vyžaduje pomocný prostředek; 2=potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby; 3=potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení; 4=potřebuje úplný dohled; 5=potřebuje úplnou pomoc, sám/a není schopen/na)

<u>Schopnost najít se:</u> 2	<u>Pohyb na lůžku:</u> 0
<u>Schopnost umýt se:</u> 2	<u>Schopnost uvařit si:</u> 5
<u>Schopnost vykoupat se:</u> 3	<u>Schopnost nakoupit si:</u> 2
<u>Schopnost obléknout se:</u> 2	<u>Udržovat domácnost:</u> 5
<u>Celkový pohyb:</u> 0	<u>Index soběstačnosti:</u> * 2,3

Další škály k hodnocení soběstačnosti: \*\* ADL – 90 FIM – 98

### 3) Objektivní hodnocení

<u>Orientace:</u>	orientován všemi směry, časem nepřesně
<u>Řeč, způsob vyjadřování:</u>	řeč nesrozumitelná, jednotlivá slova ze sebe „vyráží“
<u>Úroveň slovní zásoby:</u>	minimální slovní zásoba, pouze souhlasky či nesouhlasky odpovědi, někdy neartikulované slovo
<u>Hlas a způsob řeči:</u>	hlas s nepřiměřeně kolísavou intonací, dysartrický
<u>Oční kontakt:</u>	mimovolně krouží oční bulvy
<u>Psychický stav:</u>	působí pozitivně naladěm, mírně tenzní, snaží se spolupracovat

\* Index soběstačnosti je pomocná, průměrná veličina pro selekci klientů v empirické části práce.

\*\* Další škály k hodnocení soběstačnosti jsou prezentovány v přílohách č. 4 – ADL a č. 5 – FIM (pozn. autora).

## ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

### 1) Shrnutí zjištěného

Pohlaví: muž

Věk: 42

Stav: 2x rozvedený

Povolání: PID

Hospitalizace: první od roku 2005, dlouhodobá

Alergie: neudává

Základní dg.: G 10 Huntingtonova nemoc

Dg. souhrn: F 02.2 Demence u Huntingtonovi nemoci

Léčba: Dieta: 3

Odběry: KO+Diff., valproat (1x měsíčně)

p.o.:

- Valproat-Ratiopharm chrono<sup>(500 mg)</sup> 1 – 0 – 1 tbl
- Tiapridal<sup>(100 mg)</sup> 1 – 1 – 1 tbl
- Hypnogen<sup>(10 mg)</sup> 1 tbl (při nespavosti)
- Haloperidol-Richter<sup>(1,5 mg)</sup> 1 tbl (při neklidu)

### 2) Zjištěné problémy klienta

- Potíže se stravováním, riziko aspirace
- Zhoršený spánek (často přerušovaný spánek)
- Ovlivněná mobilita v souvislosti s projevem základního onemocnění (chorea)
- Omezená schopnost komunikace, dysartrie
- Mírný deficit v soběstačnosti (hygiena, celková úprava)
- Vysoký energetický výdej, kachexie
- Riziko poranění, pádu

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 01</b> <b>Polykání porušené</b> <u>důvody/příčiny:</u> nekoordinované pohyby žvýkacího a hltanového svalstva <u>projevy/příznaky:</u> verbalizace nemocným, retence soust v ústech, aspirování, pozorovaná bizarní mimika	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient zná způsob správného stravování, jako prevenci aspirace</li> <li>– klient je schopen se sám stravovat</li> <li>– klient má k dispozici vhodně upravenou stravu, vč. teploty a konzistence pokrmů, dostatek času</li> <li>– sestra/ošetřovatel má zajištěn dohled u pacienta při stravování</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vysvětlí a nacvičuj s nemocným techniku správného stravování, ověř si nacvičené, schopnosti klienta pravidelně vyhodnocuj</li> <li>– zajisti klientovi dostatek času a klidné prostředí ke stravování</li> <li>– zajisti a kontroluj přiměřenou teplotu a konzistenci pokrmů pro pacienta (drobně krájené či měkké pokrmy atd.), konzultuj možnosti s nutriční terapeutkou</li> <li>– zajisti vizuální kontakt sestry nebo asistenta s nemocným při jeho stravování</li> </ul>	<i>Hodnocení při každé denní službě.</i>
<b>dg. č. 02</b> <b>Spánek porušený</b> <u>důvody/příčiny:</u> choreatické pohyby, dyskinézy, nevhodný denní režim <u>projevy/příznaky:</u> verbalizace nemocným, denní nečinnost a pospávání, noční „toulky“ po oddělení	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient v noci spí alespoň 6 hodin a přes den se cítí odpočínutý</li> <li>– denní program nemocného je přiměřeně vyplněn aktivitami</li> <li>– klient má vytvořeny vhodné podmínky ke spánku</li> <li>– klient ví, kde může vyhledat pomoc při trvání nespavosti</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o vývoji nespavosti, vč. projevů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– vypomož klientovi s plánováním a realizací přiměřených denních aktivit</li> <li>– zajisti vhodné podmínky ke spánku (večerní toaleta, větraná místnost, eliminace rušivých vlivů, pravidelný režim apod.)</li> <li>– pouč nemocného, kde vyhledá sestru a o možnosti využití ordinovaných hypnotik při nespavosti, ujisti se o porozumění denně hodnot' a dokumentuj kvalitu a délku spánku pacienta</li> </ul>	<i>Hodnocení při každé noční službě.</i>



# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 03</b> <b>Pohyblivost porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> projev základního onemocnění <u>projevy/příznaky:</u> mimovolní, nekontrolované bizarní pohyby trupu a končetin (chorea, dystonie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient co nejdříve zvládá samostatný pohyb</li> <li>– klient je motivován k vyvíjení přiměřené aktivity</li> <li>– klient zná vhodné fyzioterapeutické metody a cviky (spíše pragmaticky)</li> <li>– klient má vhodnou obuv</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– objasni klientovi výhody přiměřené aktivizace v rámci jeho onemocnění (prodloužení samostatnosti, oddálení apraxie)</li> <li>– konzultuj možnosti s erudovaným fyzioterapeutem; naplánuj vhodný program LTV (např. úterý a pátek)</li> <li>– vypomož nemocnému s cviky, které vedou k vyšší míře samostatnosti (vstávání, sedání, chůze do schodů atd.)</li> <li>– vypomož klientovi s výběrem správné obuvi, event. se porad' s RHB odd.</li> <li>– pravidelně se ujišťuj se o porozumění</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>
<b>dg. č. 04</b> <b>Komunikace verbální porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> nekoordinované pohyby mimického a žvýkacího svalstva <u>projevy/příznaky:</u> dysartrie, nesrozumitelná mluva, řeč v podobě neartikulovaných slov „vyřážených“ ze sebe	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient zná jiné techniky dorozumění</li> <li>– klient je schopen vyjádřit svá sdělení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ve spolupráci s klientem nalezní vhodný způsob komunikace (psaní, skládání písmen, obrázků apod.)</li> <li>– vždy s klientem hovoř v úrovni jeho očí</li> <li>– citlivě reaguj na nonverbální způsoby sdělení nemocného</li> <li>– v rozhovoru s ním vol jednoduché otázky vynucující si stručné odpovědi</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 05</b> <b>Péče o sebe sama nedostatečná</b> <b>[při osobní hygieně a úpravě</b> <b>zevnějšku] – mírný stupeň</b> <u>důvody/příčiny:</u> postižení celkové hybnosti, postižení jemné motoriky <u>projevy/příznaky:</u> celkový vzhled nemocného, úbytek zručnosti, výsledek škálování úrovně soběstačnosti	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient je umytý, pociťuje pohodlí ve smyslu osobní hygieny, je oblečený a upravený</li> <li>– klient je schopen zajistit si základní sebeobslužné činnosti</li> <li>– klient zná způsob přivolání si pomoci</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o celkové úpravě a vzhledu nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– podporuj a pomoz klientovi s návikem soběstačnosti ve sledovaných úrovních</li> <li>– zajisti nemocnému k dispozici vhodné pomůcky k mytí</li> <li>– identifikuj problematické oblasti (čištění zubů, holení atd.) a s těmi mu vypomáhej</li> <li>– domluv se s nemocným na způsobu přivolání pomoci, event. možnostech dohledu asistenta</li> <li>– průběžně posuzuj celkovou upravenost nemocného, event. pooprav</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>
<b>dg. č. 06</b> <b>Výživa porušená, nedostatečná</b> <u>důvody/příčiny:</u> souvinnost se základním onemocněním, susp. nadměrný energetický výdej <u>projevy/příznaky:</u> kachexie, enormní motorická aktivita, BMI: 15,35	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient má zachovanou nebo zvyšující tělesnou hmotnost</li> <li>– klient má a sní dostatek stravy s hyperkalorickými přísadkami</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o vývoji tělesné hmotnosti nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultuj možnosti s nutriční terapeutkou, ve smyslu hyperkalorické diety, vč. přísadků</li> <li>– doporuč klientovi nákup vhodných doplňků stravy (Nutridrink, Fresubin)</li> <li>– jednou týdně (pondělí) měř klientovu hmotnost, počítej BMI, vše dokumentuj</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou týdně.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 07</b> <b>Poranění, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> mimovolní, nekoordinované pohyby trupu a končetin (chorea, dystonie), nestabilní chůze, omezený rozsah pohybu kloubů <u>projevy/příznaky:</u> chůze o široké basi, pozorování nekontrolovaných pohybů	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient se neporaní</li> <li>– prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje, bude bezpečné</li> <li>– klient bude znát způsob přivolání doprovodu, pomoci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klienta umístí do prostorné ložnice co nejbliže pracovní sester, zajistí mu bezbariérové prostředí</li> <li>– monitoruj schopnost samostatného pohybu v ložnici, po oddělení</li> <li>– domluv se s nemocným na způsobu přivolání pomoci, např. posláni spolupacienta</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>
<b>dg. č. 08</b> <b>Aspirace, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> porucha polykání v rámci základního onemocnění <u>projevy/příznaky:</u> verbalizace nemocným, pozorování při stravování	<ul style="list-style-type: none"> <li>– u klienta je případná aspirace eliminována nebo včas zjištěna</li> <li>– sestra/ošetřovatel zná metody, jak v případě aspirace postupovat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– postupuj dle plánu u dg. č. 01</li> <li>– osvoj si techniky zvládnutí stavu v případě aspirace potravy nemocným  <i>např. Heimlichova metoda: „Ohněte pacienta dopředu, vtačte mu hlavu mezi kolena, postavte se k pacientovi trochu ze strany a podepřete ho vlastním tělem a pažemi. Udeřte pacienta několikrát krátko a silně hranou ruky nebo pěstí mezi lopatky. Opakujte to.“</i>  <i>(Dommerholt, Walker, 1996, s. 84)</i> </li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 09</b>  <b>Intoxikace, zvýšené riziko</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  užívání medikace dle příslušné ordinace lékaře, nedostatek informací o medikaci  <u>projevy/příznaky:</u>  možný výskyt nežádoucích účinků či negativní interakce (dle charakteristik v příbalovém informačním letáku)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient nemá příznaky odpovídající popisovaným i jiným komplikacím při léčbě</li> <li>– klient dokáže upozornit na subjektivně vnímanou nepohodu</li> <li>– klient má potřebné informace o užívané medikaci</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– všiměj si možného výskytu nežádoucích účinků podávané medikace, ptej se nemocného na subjektivní vnímání léčby</li> <li>– poskytni klientovi informace o případných nežádoucích či netypických účincích léčiva (event. o režimových opatřeních)</li> <li>– objasni, pro klienta pochopitelnou formou, význam informací v příbalovém informačním letáku</li> <li>– ujistí se o porozumění poskytnutých informací</li> </ul>	<p><i>Hodnocení podle potřeby, při zásadní změně ihned.</i></p>

## **Příloha č. 9 – kazuistika dle Gordonové u klienta ve 4. stadiu HN**

### **OBECNÉ ÚDAJE O KLIENTOVI**

<u>Jméno, příjmení:</u>	----
<u>Pohlaví:</u>	muž
<u>Věk:</u>	46 let
<u>Rodinný stav:</u>	vdovec, 1 syn (t. č. údajně ve výkonu trestu)
<u>Zaměstnání:</u>	PID
<u>Další:</u>	Plnoštíhlý muž střední postavy, vzhledem působí starší, než odpovídá věku. V hybnosti nápadně omezen výraznou ztuhlostí svalstva a dystonií. Hospitalizován v PL Bohnice od listopadu 2006 s diagnostikovanou Huntingtonovou nemocí. Před hospitalizací dlouhodobé sociální problémy, neplatil nájem, byl vystěhován, žil na ubytovně, kde pobyt nezvládal, následně bezdomovec. V současné době dominuje chronický deficit v oblasti sebepečce a sociální problematika. Spolupracuje velmi neochotně, po omezenou dobu. Patrný úbytek kognitivních schopností, myšlení symplexní, projev morózní. Prakticky neschopen artikulace, omezeně vyjádří souhlas či nesouhlas, gestem.

### **ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S KLIENTEM**

#### **1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Nemocný je bez náhledu na onemocnění, necítí se nijak nemocen, resp. vyjadřuje nesouhlas s pobytem zde (neví však, kde je). Nápadné změny zdravotního stavu za poslední rok neguje, objektivně st. p. pertrochanterické zlomenině vlevo (po pádu) s následnou osteosyntezou na ortopedii ve FN Na Bulovce a intenzivní RHB péči, která pokračuje i na odd. PL Bohnice. Nyní omezeně schopen samostatné chůze v chodítku. Nekouří, abususe alkoholu neguje. Žádné specifické aktivity k udržení zdraví nevyvíjí, je v péči stomatologa.

#### **2) Výživa a metabolismus**

Dieta racionální, forma stravy kašovitá. Při stravování patrný dysfagické potíže, často se zakucká, stravu obtížně dostane do úst, vlivem nekoordinovaných pohybů většinu pokrmů rozhází mimo. Příjem tekutin je v normě, pouze kontrolovaně přijme více než 2litry/24hod. Černou kávu ano, asi 2x denně. Chuť k jídlu má nezměněnou, žízeň nepocítuje, zažívací potíže neguje. Pokožka spíše suchá, šupinatá, bledá, sliznice světlé. V ústech horní i dolní zubní protéza, kterou si však k jídlu vyjímá (zjištěno pozorováním), patrná zvýšená salivace. Svědění pokožky klient neguje.

#### **3) Vylučování**

Stolici má nemocný denně, normálního množství, barvy i konzistence. Na WC dojde s pomocí personálu nebo spolupacientů. Bez potíží s močí, přiměřeně příjmu tekutin. Při vyprazdňování převážně funkčně inkontinentní (moč i stolice), neboť nestihne včas na WC. Používá nepřetržitě inkontinenční plenu, jako pojistku. Pacient však sám jakékoliv potíže neguje, susp. vlivem negativismu. Bez známek pocení, oděr cítit není.

#### **4) Aktivita, cvičení**

Celkový pohyb je výrazně omezený dystonií a celkovou ztuhlostí. Motorika, zejména jemná, je ztěžována choreatickými pohyby. Schopen samostatné chůze o široké basi pouze s pomocí vysokého chodítka. Souvisle ujde jen krátké vzdálenosti v rámci oddělení. Odmítá, že by vyvíjel vědomé RHB aktivity, objektivně je však v péči RHB pracovníka, který za ním dochází každý všední den. Dle dokumentace se však aktivně brání jakékoliv manipulaci.

#### **5) Spánek, odpočinek**

Nemocný v noci hůře spí, často se budí a ráno je časně vzhůru. Pravidelně užívá ordinovaná hypnotika. Únavu prý nepocituje, potvrzuje, že během pobytu na odd. má dostatek času na odpočinek, přes den často spává. Jedinou zábavou je mu zde sledování TV, jiné aktivizaci se aktivně brání.

#### **6) Vnímání, poznávání**

Klient je plně lucidní, orientovaný pouze osobou. Časem i místem neorientován. Pravděpodobně bez potíží se sluchem, na šepot reaguje. Řeč je výrazně dysartrická a nesrozumitelná, pouze z gest lze částečně odhadnout souhlas a nesouhlas. Zrakové potíže nezjišťuji, v prostoru se pohybuje s relativní jistotou, novinové písmo nepřečte (susp. pro pokles intelektu). Aktuálně nepocituje žádné bolesti.

#### **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Z pozorování lze soudit, že klient je spíše pesimista, dominantním projevem jeho emocí je moróznost až hostilita. Aktivně se brání pomoci, neguje veškeré potíže, náhled na nemoc je významně ovlivněn rozvíjející se demencí. Kladeným otázkám v této oblasti nerozumí. Hlas tichý, řeč nesrozumitelná, komunikuje prostřednictvím gest s doprovodnými zvuky.

#### **8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Klient je v plném invalidním důchodu. Před hospitalizací přišel o byt, nějaký čas přebýval na ubytovně a nyní je fakticky bez domova. Je ovdovělý, v současnosti bez trvalého vztahu. Jediné informace o rodině jsou, že otec i jeho tři sourozenci trpěli a nebo trpí stejným onemocněním (zjištěno z dokumentace pacienta). Na návštěvy za ním nikdo nechodí, pacient neví kde a zda jeho příbuzní žijí.

#### **9) Sexualita, reprodukční schopnost**

Nemocný má jednoho syna (t. č. údajně ve výkonu trestu). Prostatické potíže neguje.

#### **10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Pacient není schopen se k této problematice vyjádřit, resp. nechápe význam problematiky. Jakýkoliv stres neguje.

#### **11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Nevyjadřuje se.

#### **15) Jiné**

Bez dalších připomínek.

## ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO VYŠETŘENÍ A OBJEKTIVNÍHO POZOROVÁNÍ

### 1) Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

<u>Celkový vzhled:</u>	rámcově upravený, oblečen v nemocničním prádle, učesaný, oholený a čistý
<u>Výška:</u>	175 cm
<u>Hmotnost:</u>	62 kg (beze změn v poslední době), aktuální BMI: 20,24
<u>Dutina ústní:</u>	sliznice světlé, zvýšená salivace, rty ochablé, jazyk špulí
<u>Zuby, zubní náhrada:</u>	úplná horní i dolní protéza
<u>Slyší šepot?:</u>	reaguje
<u>Přečte novinové písmo?:</u>	ne, korekce zraku není nutná
<u>Puls:</u>	64/min, pravidelný, hmatný, jasně lokalizovaný
<u>Dýchání:</u>	14/min, nepravidelné, sklípkové
<u>TK:</u>	100/70
<u>TT:</u>	36,3°C
<u>Stisk ruky:</u>	chabý, tužku zvedne, vzhledem k projevům nemoci neudrží
<u>Rozsah pohybu kloubů:</u>	celková ztuhlost, neschopen záklonu a pohybů hlavy (točí se celým tělem), kontraktury končetin, nemožnost jemné motoriky, více omezený pohyb v levé kyčli (poúrazový stav)
<u>Kůže – barva:</u>	bledá, spíše suchá, šupinatá
<u>Léze:</u>	ne
<u>Riziko vzniku dekubitu:</u> (dle Nortonové skóre)	riziko zvýšené, počet bodů 20
<u>Chůze:</u>	nejistá, zpomalená, o široké basi, pouze s pomocí vysokého chodítka, působí značně nestabilně
<u>Držení těla:</u>	parkinsonské, deformované dystonií a celkovou ztuhlostí
<u>Chybění části těla:</u>	není
<u>Invazivní vstupy:</u>	intravenózní kanyla – ne; cévky, vývody – ne; odsávání – ne

### 2) Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5

(0=nezávislý/á; 1=vyžaduje pomocný prostředek; 2=potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby; 3=potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení; 4=potřebuje úplný dohled; 5=potřebuje úplnou pomoc, sám/a není schopen/na)

<u>Schopnost najíst se:</u> 3	<u>Pohyb na lůžku:</u> 1
<u>Schopnost umýt se:</u> 4	<u>Schopnost uvařit si:</u> 5
<u>Schopnost vykoupat se:</u> 5	<u>Schopnost nakoupit si:</u> 5
<u>Schopnost obléknout se:</u> 3	<u>Udržovat domácnost:</u> 5
<u>Celkový pohyb:</u> 3	<u>Index soběstačnosti:</u> * 3,8

Další škály k hodnocení soběstačnosti: \*\* ADL – 50 FIM – 47

### 3) Objektivní hodnocení

<u>Orientace:</u>	orientován pouze osobou, dalším nepřesně
<u>Řeč, způsob vyjadřování:</u>	řeč nesrozumitelná, neartikulovaná slova (spíše zvuky)
<u>Úroveň slovní zásoby:</u>	minimální slovní zásoba, komunikace omezená pouze na souhlavná či nesouhlavná gesta s akustickým doprovodem
<u>Hlas a způsob řeči:</u>	hlas tichý, zjevná plná dysartrie
<u>Oční kontakt:</u>	neudrží, oční bulvy mimovolně kroutí do strany
<u>Psychický stav:</u>	negativistický, morózní až hostilní, patrný projev demence

\* Index soběstačnosti je pomocná, průměrná veličina pro selekci klientů v empirické části práce.

\*\* Další škály k hodnocení soběstačnosti jsou prezentovány v přílohách č. 4 – ADL a č. 5 – FIM (pozn. autora).

## ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

### 1) Shrnutí zjištěného

Pohlaví: muž

Věk: 46

Stav: vdovec

Povolání: PID

Hospitalizace: první od listopadu 2006, dlouhodobá (1x přerušeno hospitalizací na ortopedii ve FN Na Bulovce po úraze, po pádu v listopadu 2007)

Alergie: neudává

Základní dg.: G 10 Huntingtonova nemoc

Dg. souhrn: F 02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci

F 43.9 Reakce na těžký stres

S 72.1 Pertrochanterická zlomenina (st. p.)

Léčba: Dieta: 3 (mletá)

p.o.:

– Sorbifer Dulures<sup>(100 mg)</sup> 0 – 0 – 1 tbl

– Piridoxin Léčiva<sup>(20 mg)</sup> 1 – 1 – 1 tbl

– Rispera<sup>(2 mg)</sup> 0 – 0 – 1 tbl

– Hypnogen<sup>(10 mg)</sup> 0 – 0 – 0 – 1 tbl

i.m.:

– Haloperidol-Richter<sup>(1 ml)</sup> 1 amp (při neklidu)

Lokálně:

– Pimafucin crm. 2x denně na obličej

– Calcium Panthotenat ung. 2x denně promazávat obličej

– Indulona modrá 2x denně promazávat tělo

Pohybový režim: vertikalizace, chůze v chodítku, RHB s fyzioterapeutem

### 2) Zjištěné problémy klienta

- Zhoršená spolupráce, neochota
- Potíže se stravováním, riziko aspirace
- Zhoršený spánek (často přerušovaný spánek)
- Omezená schopnost pohybu
- Omezená schopnost komunikace, dysartrie
- Středně těžký deficit v soběstačnosti (hygiena, celková úprava, vyprazdňování)
- Deficit kognitivních funkcí, změny v myšlení
- Suchá, šupinatá kůže
- Riziko vzniku dekubitu
- Riziko nedostatečného příjmu tekutin
- Riziko poranění, pádu



# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 01</b> <b>Neochota ke spolupráci</b> <u>důvody/příčiny:</u> rozvíjející se demence, deficit kognitivních funkcí, nejistota, nedůvěra v péči zdravotníků, narušená interpretace prostředí <u>projevy/příznaky:</u> projevy despektu, nespolupráce, aktivní odpor, nulový náhled na potřebu péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient má zajištěnou péči profesionálů, akceptuje ji</li> <li>– je minimalizován aktivní odpor klienta vůči poskytované péči</li> <li>– pobyt na odd. je pro klienta minimálně traumatizující (ve smyslu devalvace)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– před každým výkonem či ošetřovatelskou intervencí nemocnému vysvětlí, co a proč s ním budeš činit</li> <li>– vyvaruj se ukvapenosti, rozhovor přizpůsob jeho mentální úrovni, nepodceňuj jej, vyvaruj se devalvace</li> <li>– všiměj si projevů devalvace ze strany ostatních, event. včas zasáhni</li> <li>– dávej najevo pochopení pro klientův odpor, respektuj nemocného soukromí</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc.</i>
<b>dg. č. 02</b> <b>Polykání porušené</b> <u>důvody/příčiny:</u> nekoordinované pohyby končetin, dysfagie jako součást progresse stavu <u>projevy/příznaky:</u> retence soust v ústech, potřísnění stravou, tendence k aspiraci, únik stravy z úst	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient je schopen se sám stravovat</li> <li>– klient má k dispozici dostatek vhodně upravené stravy, vč. teploty a konzistence pokrmů</li> <li>– klient má ke stravování vhodné pomůcky a dostatek času</li> <li>– sestra/ošetřovatel má zajištěn dohled u pacienta při stravování</li> <li>– klient je upravený a čistý po každém jídle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– nacvičuj s nemocným techniku správného stravování, ověř si nacvičené, schopnosti klienta pravidelně vyhodnocuj</li> <li>– zajišť klientovi ke stravování dostatek času, klidné prostředí a vhodné pomůcky (např. láhev se savičkou, plastové nádoby)</li> <li>– zajišť a kontroluj přiměřenou teplotu a konzistenci pokrmů pro pacienta (mleté či měkké pokrmy atd.), konzultuj možnosti s nutriční terapeutkou</li> <li>– zajišť vizuální kontakt sestry nebo asistenta s nemocným při jeho stravování</li> <li>– zajišť očistu a upravenost klienta po jídle</li> </ul>	<i>Hodnocení při každé denní službě.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 03</b> <b>Spánek porušený</b> <u>důvody/příčiny:</u> nevhodný denní režim, projevy motoriky (dystonie, chorea) <u>projevy/příznaky:</u> potvrzení nespavosti nemocným, denní nečinnost, nutnost užívat hypnotika	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient v noci spí alespoň 6 hodin a přes den se cítí svěží</li> <li>– denní program nemocného je přiměřeně vyplněn aktivitami</li> <li>– klient se programu účastní</li> <li>– klient má vytvořeny vhodné podmínky ke spánku</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o vývoji nespavosti, vč. projevů</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zajistí klientovi program přiměřených denních aktivit, posílí jeho motivaci ke spolupráci dle plánu k dg. č. 1</li> <li>– zajistí vhodné podmínky ke spánku (večerní toaleta, větraná místnost, eliminace rušivých vlivů, pravidelný režim apod.)</li> <li>– denně hodnotí a dokumentují kvalitu a délku spánku pacienta</li> </ul>	<i>Hodnocení při každé noční službě.</i>
<b>dg. č. 04</b> <b>Pohyblivost porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> projev základního onemocnění, st. p. pertrochanterické fraktury <u>projevy/příznaky:</u> mimovolní, nekontrolované pohyby (chorea, dystonie), zpomalená, nejistá chůze s pomocí vysokého chodítka	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient co nejdříve zvládá samostatný pohyb</li> <li>– klient zná vhodné techniky usnadňující pohyb po odd.</li> <li>– klient má vhodnou obuv</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o pohybu nemocného po odd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– navčičuj s nemocným frekventované cesty v rámci odd. (na WC, do koupelny, ložnice, jídelny atd.), s ohledem na využití pomůcek, zábradlí, madel apod., ujisti se o jejich zvládnutí nemocným</li> <li>– zajisti bezbariérové prostředí</li> <li>– konzultuj možnosti s erudovaným fyzioterapeutem; naplánuj vhodnou RHB</li> <li>– vypomež klientovi s výběrem správné obuvi, event. se porad' s RHB odd.</li> <li>– zajisti asistenci personálu při pohybu pacienta</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 05</b>  <b>Komunikace verbální porušená</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  rozvíjející se demence, ztuhlost mimického svalstva  <u>projevy/příznaky:</u>  dysartrie, nesrozumitelné zvuky, neschopnost verbálního projevu</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient zná jiné techniky dorozumění</li> <li>– klient je schopen vyjádřit svá sdělení</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– přizpůsob komunikaci kognitivním schopnostem klienta</li> <li>– vždy s klientem hovoř v úrovni jeho očí</li> <li>– citlivě reaguj na nonverbální způsoby sdělení nemocného</li> <li>– v rozhovoru s ním vol jednoduché otázky</li> <li>– vynucující si odpovědi „ano“ nebo „ne“</li> <li>– aktivně se klienta ptej na základní potřeby (tekutiny, jídlo, WC atd.)</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc.</i></p>
<p><b>dg. č. 06</b>  <b>Péče o sebe sama nedostatečná</b>  <b>[při osobní hygieně a úpravě zevnějšku, vyprazdňování] – středně těžký stupeň</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  postižení celkové hybnosti, postižení jemné motoriky, rozvíjející se demence  <u>projevy/příznaky:</u>  celkový vzhled nemocného, úbytek zručnosti, částečná inkontinence moči i stolice, výsledek škálování úrovně soběstačnosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient je umytý, přiměřeně oblečený, upravený, nejeví známky zanedbání, je bez komplikací z inkontinence</li> <li>– klient má k dispozici vhodné inkontinenční pomůcky, tyto jsou neznehodnocené</li> <li>– klient v čas dojde na WC</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o celkové úpravě a vzhledu nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– denně dohlédni, příp. vypomož klientovi s hygienickou péčí a oblékáním</li> <li>– poskytni nemocnému vhodné inkontinenční pomůcky, á 4 hodiny kontroluj jejich případné znehodnocení, nabídní doprovod na WC</li> <li>– sleduj stav pokočky v rizikových partiích</li> <li>– průběžně posuzuj celkovou upravenost nemocného, event. pooprav</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 07</b>  <b>Zmatenost chronická</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  demenace při Huntingtonově nemoci, neurodegenerativní změny CNS  <u>projevy/příznaky:</u>  kognitivní dysfunkce, změny osobnosti, porucha krátkodobé i dlouhodobé paměti, neadekvátní reakce na okolí</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zachování bezpečnosti klienta</li> <li>– maximální možná nezávislost nemocného, v rámci možností</li> <li>– přiměřená adaptace klienta na okolí, prostředí, terapeutický režim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zajisti a udržuj nemocnému klidné a bezpečné prostředí, ve kterém se nachází</li> <li>– všiměj si projevů nelibosti nemocného, snaž se odstranit negativní stimuly</li> <li>– komunikuj s nemocným i jeho spolupacienty o projevech nemoci, které by mohly vést ke konfliktům z nedorozumění</li> <li>– zajisti nutné pomůcky na dosah ruky</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc.</i></p>
<p><b>dg. č. 08</b>  <b>Kožní integrita, riziko porušení</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  omezení celkové hybnosti, predisponující faktory ke vzniku dekubitu, suchá, šupinatá kůže  <u>projevy/příznaky:</u>  výsledek skóre dle Nortonové (20 bodů), celkový vzhled pacienta</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kožní integrita nemocného zůstane neporušená</li> <li>– klient i ošetřující má osvojeny preventivní techniky a návyky vedoucí k eliminaci porušení kůže či vzniku dekubitu</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o vývoji aktuálního rizika vzniku proleženiny</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pečuj pravidelně o čistotu a přiměřenou elasticitu pokožky, 2x denně aplikuj ordinované lokální přípravky, hodnot jejich účinnost, vše dokumentuj</li> <li>– nepřetržitě poskytuj úplný antidekubitní servis (zejména aktivizace a polohování)</li> <li>– á 14 dní přepočítej Nortonové skóre</li> <li>– poskytuj péči dle plánů k oš. dg. 04 a 06</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za 14 dní, při náhlé změně ihned.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 09</b>  <b>Tělesné tekutiny, riziko deficitu</b>  <u>důvody/příčiny:</u>            snížená potřeba tekutin v rámci demence, susp. snížený pocit žízně, komunikační bariéra  <u>projevy/příznaky:</u>            samostatná spotřeba tekutin            snížená, neschopnost si tekutiny samostatně opatřit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient denně vypije min. 2 litry tekutin</li> <li>– u klienta nedojde ke komplikacím v souvislosti se sníženým příjmem tekutin</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o bilanci tekutin (orientačně)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poskytnutí nemocnému tekutiny na dosah ruky a v dostatečném množství, vybízej k jejich příjmu</li> <li>– zaznamenávej množství tekutin, které pacientovi podáš za 24 hodin</li> <li>– sleduj, zda nemocný má přiměřený výdej</li> <li>– všiměj si známek případné hypohydratace (např. ortostatická hypotenze, tachykardie)</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc, denně příjem tekutin.</i></p>
<p><b>dg. č. 10</b>  <b>Aspirace, zvýšené riziko</b>  <u>důvody/příčiny:</u>            porucha polykání v rámci základního onemocnění  <u>projevy/příznaky:</u>            verbalizace nemocným, pozorování při stravování</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– u klienta je případná aspirace eliminována nebo včas zjištěna</li> <li>– sestra/ošetřovatel zná metody, jak v případě aspirace postupovat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– postupuj dle plánu u dg. č. 02</li> <li>– osvoj si techniky zvládnutí stavu v případě aspirace potravy nemocným  <i>např. Heimlichova metoda: „Ohněte pacienta dopředu, vtláče mu hlavu mezi kolena, postavte se k pacientovi trochu ze strany a podepřete ho vlastními tělem a pažemi. Udeřte pacienta několikrát krátkými a silnými údery rukou nebo pěsti mezi lopatky. Opakujte to.“</i>  <i>(Dommerholt, Walker, 1996, s. 84)</i></li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 11</b> <b>Poranění, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> mimovolní pohyby (chorea, dystonie), nestabilita a nejistá chůze, omezená hybnost <u>projevy/příznaky:</u> chůze o široké basi, nutnost využívat vysoké chodítko, pád v anamnéze	– klient se neporaní – prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje, bude bezpečné – sestra/ošetřovatel bude mít přehled o pohybu nemocného	– klienta umístí do prostorné ložnice co nejlíže pracovní sester, zajistí mu bezbariérové prostředí – monitoruj jeho schopnost samostatného pohybu v ložnici, po oddělení – při každém kontaktu s nemocným zjisti, zda nepotřebuje doprovodit, pomoc aktivně nabízej, podporuj samostatnost	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>
<b>dg. č. 12</b> <b>Intoxikace, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> užívání medikace dle příslušné ordinace lékaře, úbytek kognitivních schopností <u>projevy/příznaky:</u> možný výskyt nežádoucích účinků či negativní interakce (dle charakteristik v příbalovém informačním letáku)	– klient nemá příznaky odpovídající popisovaným i jiným komplikacím při léčbě – klient dokáže upozornit na subjektivně vnímanou nepohodu	– všiměj si možného výskytu nežádoucích účinků podávané medikace, ptej se nemocného na subjektivní vnímání léčby – informuj klienta, pro něj pochopitelnou formou, o případných nežádoucích či netypických účincích léčiva (event. o režimových opatřeních) – domluv s klientem způsob přivolání pomoci (např. vyvolá rozruch v místnosti) – vždy se ujisti o pochopení smluvených signálů a pochopení informací	<i>Hodnocení podle potřeby, při zásadní změně ihned.</i>

## **Příloha č. 10 – kazuistika dle Gordonové u klienta v 5. stadiu HN**

### **OBECNÉ ÚDAJE O KLIENTOVI**

<u>Jméno, příjmení:</u>	----
<u>Pohlaví:</u>	muž
<u>Věk:</u>	44 let
<u>Rodinný stav:</u>	svobodný, bezdětný
<u>Zaměstnání:</u>	PID
<u>Další:</u>	Výrazně pohublý muž, vzhledem působí starší, než odpovídá věku. V PL Bohnice je dlouhodobě hospitalizován od roku 1999 s diagnostikovanou Huntingtonovou nemocí, nyní v terminálním stádiu. V současné době je plně odkázán na cizí péči, upoután na lůžko. Kontakt navazuje jen velmi omezeně, neschopen artikulace, odpovídá jen gesty a vzdechy. Úroveň kognitivních funkcí je významně ovlivněná demencí, odpovědi jsou omezené na vyjádření kladu a záporu, na řadu otázek neodpoví, nechápe.

### **ZÁZNAM INFORMACÍ Z ROZHOVORU S KLIENTEM**

#### **1) Vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví**

Nemocný je bez náhledu na onemocnění, resp. pro výrazný deficit kognitivních funkcí není schopen odpovědět, zda zná důvod hospitalizace. Naznačuje, že se cítí dobře. Za poslední rok prodělal několikrát bronchitidu, 1x v bezvědomí po aspiraci stravy, kdy byla nutná krátkodobá hospitalizace na ARO ve FN Na Bulovce. Sám však nedokáže tyto údaje potvrdit, čerpáno z dokumentace. Není schopen vyvíjet aktivity k udržení zdraví, odkázán na rehabilitační ošetřování a další péči. V péči stomatologa není, pravidelně vyšetřován kožním lékařem pro dermatitidy, zejména v obličeji.

#### **2) Výživa a metabolismus**

Nemocný je pro výraznou dysfagii odkázán na kašovitou stravu, neschopen samostatného příjmu. Objektivně patrná kachexie, avšak bez ztráty chuti k jídlu. Často retence soust v ústech, opakovaně závažné aspirace, žvýkací pohyby až křečovitě zpomalené, bizarní poloha hlavy, téměř nepřetržitě v cervikální dystonii. Pocit žízně nemá, příjem tekutin je větší než 2litry/24hod., pouze však kontrolovaně. Je schopen se sám napájet z kojenecké lahve, vždy však značné množství nápoje vycáká kolem. Pokožka je vlhká a bledá, v obličeji zarudlá a podrážděná. Sliznice růžové, v ústech zbytky vlastního chrupu.

#### **3) Vylučování**

V současné době nemá nemocný se stolicí potíže, dle záznamů průměrně jednou za tři dny, normálního množství, barvy i konzistence. Bez potíží s močí, přiměřeně příjmu tekutin. Plně inkontinentní, nepřetržitě využívá inkontinenční plenu a další pomůcky. Zvýšeně opocení, odér cítit není.

#### **4) Aktivita, cvičení**

Celkový pohyb je výrazně omezený dystonií a celkovou ztuhlostí hlavně končetin. Jemná motorika chybí, v lůžku patrný choreatické pohyby, které se zvýrazní při vertikalizaci. Samostatně schopen pouze pasivní polohy v lůžku nebo ve speciálním polohovacím křesle. Chůze není možná ani s doprovodem. Nemocný je polohován v rámci rehabilitačního ošetřovatelství.

### **5) Spánek, odpočinek**

Nemocný v noci spí přerušovaně, často se budí a ráno je časně vzhůru. Deficit kompenzuje pospáváním v odpoledních hodinách. Dopoledne tráví ve speciálním křesle ve společenské místnosti mezi ostatními spolupacienty, sleduje TV.

### **6) Vnímání, poznávání**

Klient je lucidní, orientovaný pouze částečně osobou (cíleně reaguje na oslovení). Pravděpodobně bez potíží se sluchem, na šepot reaguje. Řeč vyhaslá, vydává pouze nesrozumitelné vzdechy. Občas patrný náznaky gest, ze kterých lze částečně odhadnout souhlas a nesouhlas, avšak značně nespolehlivě. Zrakové potíže nezjišťuji, TV sleduje, na příchod osoby reaguje. Aktuálně snad nepocituje žádné bolesti, resp. naznačuje zápor.

### **7) Sebepojetí, sebeúcta**

Osobnost nemocného je výrazně postižená demencí, povětšinou emočně oploštělá, degradovaná. Psychické projevy jsou značně zastíněny, susp. depresivní epizody, ojediněle afektivní reakce (dle dokumentace).

### **8) Plnění rolí, mezilidské vztahy**

Klient je v plném invalidním důchodu. Svobodný, bez partnerského vztahu. Oba rodiče zemřeli, matka Ca dělohy, otec suicidoval. V rodině klienta trpělo a trpí Huntingtonovou nemocí celé mužské pokolení (děd, otec, bratr). Denně jej navštěvuje bratr, který je hospitalizován na stejném odd.

### **9) Sexualita, reprodukční schopnost**

Bezdětný, bez prokázaných prostatických potíží.

### **10) Stres, zátěžové situace, jejich zvládání, tolerance**

Pacient není schopen se k této problematice vyjádřit.

### **11) Víra, přesvědčení, životní hodnoty**

Nevyjadřuje se.

### **16) Jiné**

Bez dalších připomínek.



## ZÁZNAM FYZIKÁLNÍHO VYŠETŘENÍ A OBJEKTIVNÍHO POZOROVÁNÍ

### 1) Základní screeningové fyzikální vyšetření sestrou

<u>Celkový vzhled:</u>	rámcově upravený, oblečen v nemocničním prádle, čistý a oholený
<u>Výška:</u>	179 cm (měřeno vleže krejčovským metrem)
<u>Hmotnost:</u>	43 kg (beze změn v poslední době), aktuální BMI: 13,42
<u>Dutina ústní:</u>	sliznice růžové, rty ochablé, jazyk bizarně špulí
<u>Zuby, zubní náhrada:</u>	protetika ne, zbytky vlastního chrupu
<u>Slyší šepot?:</u>	reaguje
<u>Přečte novinové písmo?:</u>	ne, korekce zraku není nutná
<u>Puls:</u>	80/min, pravidelný, hmatný, jasně lokalizovaný
<u>Dýchání:</u>	16/min, nepravidelné, spíše povrchní
<u>TK:</u>	100/80
<u>TT:</u>	36,6°C
<u>Stisk ruky:</u>	chabý, tužku nezvedne
<u>Rozsah pohybu kloubů:</u>	celková ztuhlost, neschopen cervikální dystonie, kontraktury končetin, nemožnost jemné motoriky
<u>Kůže – barva:</u>	bledá, vlhká, v obličeji zarudlá
<u>Léze:</u>	ne
<u>Riziko vzniku dekubitu:</u> (dle Nortonové skóre)	riziko zvýšené, počet bodů 18
<u>Chůze:</u>	nemožná ani v doprovodu, při vertikalizaci se zvýrazní choreatické pohyby
<u>Držení těla:</u>	deformované dystonií a celkovou ztuhlostí
<u>Chybění části těla:</u>	není
<u>Invazivní vstupy:</u>	intravenózní kanyla – ne; cévky, vývody – ne; odsávání – ne

### 2) Kódy pro funkční úroveň soběstačnosti 0 – 5

(0=nezávislý/á; 1=vyžaduje pomocný prostředek; 2=potřebuje minimální pomoc/dohled jiné osoby; 3=potřebuje pomoc, pomůcky, zařízení; 4=potřebuje úplný dohled; 5=potřebuje úplnou pomoc, sám/a není schopen/na)

<u>Schopnost najít se:</u> 4	<u>Pohyb na lůžku:</u> 5
<u>Schopnost umýt se:</u> 5	<u>Schopnost uvařit si:</u> 5
<u>Schopnost vykoupat se:</u> 5	<u>Schopnost nakoupit si:</u> 5
<u>Schopnost obléknout se:</u> 5	<u>Udržovat domácnost:</u> 5
<u>Celkový pohyb:</u> 5	<u>Index soběstačnosti:</u> * 4,8

Další škály k hodnocení soběstačnosti:\*\* ADL – 15 FIM – 22

### 3) Objektivní hodnocení

<u>Orientace:</u>	orientován pouze částečně osobou
<u>Řeč, způsob vyjadřování:</u>	řeč vyhaslá, neartikulované vzdechy, bručení
<u>Úroveň slovní zásoby:</u>	nulová slovní zásoba, verbální komunikace nemožná, částečně schopen souhlasných či nesouhlasných gest
<u>Hlas a způsob řeči:</u>	hlas tichý, zjevná plná dysartrie
<u>Oční kontakt:</u>	neudrží, oční bulvy fixované, zvrácené vzhůru
<u>Psychický stav:</u>	susp. depresivní epizody, ojediněle afektivní reakce, v době odběru anamnézy klidný

\* Index soběstačnosti je pomocná, průměrná veličina pro selekci klientů v empirické části práce.

\*\* Další škály k hodnocení soběstačnosti jsou prezentovány v přílohách č. 4 – ADL a č. 5 – FIM (pozn. autora).

## ANALÝZA ZÍSKANÝCH INFORMACÍ

### 1) Shrnutí zjištěného

Pohlaví: muž

Věk: 44

Stav: svobodný

Povolání: PID

Hospitalizace: první od roku 1999, dlouhodobá (přerušeno hospitalizací na ARO ve FN Na Bulovce pro bezvědomí po aspiraci potravy v září 2007)

Alergie: neudává

Základní dg.: G 10 Huntingtonova nemoc

Dg. souhrn: F 02.2 Demence u Huntingtonovy nemoci  
expy. sy. hypotonicko-hyperkynetický s choreatickými pohyby  
kachexie

Léčba: Dieta: 3 (mletá)

Odběry: KO+Diff., JT, valproat (1x měsíčně)

p.o.:

- Valproat-Ratiopharm chrono<sup>(500 mg)</sup> 1 – 1 – 1 tbl
- Leponex<sup>(100 mg)</sup> 0 – 0 – 1 tbl
- Plegomazin<sup>(100 mg)</sup> 0 – 1 – 2 tbl
- Agapurin retard<sup>(400 mg)</sup> 1 – 0 – 0 tbl
- Ambrobene<sup>(30 mg)</sup> 1 – 1 – 1 tbl

i.m.:

- Apaurin inj.<sup>(2 ml)</sup> 1 amp (při neklidu)

Lokálně:

- Pimafucin crm 1x denně na obličej, večer
- Calcium Panthotenat ung. 1x denně promazávat obličej, ráno

Pohybový režim: rehabilitační ošetřování, pasivní cviky

### 2) Zjištěné problémy klienta

- Potíže se stravováním, riziko aspirace
- Omezená schopnost pohybu
- Minimální schopnost komunikace
- Těžký deficit v soběstačnosti (hygiena, celková úprava, vyprazdňování)
- Úplná inkontinence moči i stolice
- Vysoký energetický výdej, kachexie
- Deficit kognitivních funkcí, změny v myšlení
- Dermatitidy v obličejí
- Riziko vzniku dekubitu
- Riziko nedostatečného příjmu tekutin
- Riziko poranění, pádu

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	Hodnocení
<b>dg. č. 01</b> <b>Polykání porušené</b> <u>důvody/příčiny:</u> nekoordinované pohyby končetin, dysfagie jako součást progresse stavu <u>projevy/příznaky:</u> retence soust v ústech, potřísnění stravou, tendence k aspiraci, únik stravy z úst, neschopnost samostatného najezení	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient má k dispozici dostatek vhodně upravené stravy, vč. teploty a konzistence pokrmů</li> <li>– klient nestrádá ve smyslu malnutrice</li> <li>– klient je upravený a čistý po každém jídle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zajisti klientovi ke stravování dostatek času, klidné prostředí a vhodné pomůcky (např. láhev se savičkou, plastové nádoby)</li> <li>– zajisti a kontroluj přiměřenou teplotu a konzistenci pokrmů pro pacienta (mleté či měkké pokrmy atd.), konzultuj možnosti s nutriční terapeutkou</li> <li>– asistuj a vypomůž nemocnému s každým stravováním, nikdy jej nenechávej s jídlem bez přímého dohledu</li> <li>– zajisti očistu a upravenost klienta po jídle</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc.</i>
<b>dg. č. 02</b> <b>Pohyblivost, porucha hybnosti na lůžku</b> <u>důvody/příčiny:</u> terminální stádium základního onemocnění, dystonie, svalové kontrakтуры <u>projevy/příznaky:</u> neschopnost nemocného měnit polohu na lůžku, Nortonové skóre 18 bodů	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poloha nemocného je změněna v pravidelných intervalech</li> <li>– úměrně stavu nemocného je měněno prostředí, ve kterém se nachází</li> <li>– u klienta jsou minimalizovány nepříznivé vlivy kontraktur u nemocného</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o aktuální poloze nemocného</li> <li>– u klienta nedochází ke zhoršování kontraktur</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– měň polohu nemocného v lůžku, přes den po 2, v noci po 4 hodinách</li> <li>– v dopoledních hodinách vysazuj nemocného do polohovacího křesla a vyvážej jej mimo ložnici (společenská místnost, zahrada atd.), umožňuje-li to jeho aktuální somatický stav</li> <li>– zaznamenávej polohu nemocného do polohovacího záznamu, každé pondělí vyhodnocuj Nortonové skóre</li> <li>– při každém kontaktu s klientem prováděj pasivní hybná cvičení s končetinami</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou týdně.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 03</b>  <b>Komunikace verbální porušená</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  neurodegenerativní postižení CNS při Huntigtonově nemoci, dystonie mimického svalstva  <u>projevy/příznaky:</u>  neschopnost verbálního projevu, vzdechy, bručení</p> <p><b>dg. č. 04</b>  <b>Péče o sebe sama nedostatečná</b>  <b>[příjem potravy, osobní hygiena, oblékání, úprava zevnějšku, vyprazdňování]</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  omezená mobilita (dystonie, chorea), deficit kognitivních funkcí  <u>projevy/příznaky:</u>  celkový vzhled nemocného, nemohoucnost, strádání, výsledek škálování úrovně soběstačnosti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient se dorozumí s ošetřujícími, je schopen pochopitelně vyjádřit své potřeby</li> <li>– klient má osvojeny základní jiné komunikační techniky (gesta, posunky, zvuky)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– klient nestrádá v příjmu potravin, tekutin</li> <li>– klient je umytý, pocítuje pohodlí ve smyslu osobní hygieny, oblečený a upravený</li> <li>– je zachována pravidelnost, úplnost a důstojnost při vyprazdňování nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– přizpůsob komunikaci kognitivním schopnostem klienta</li> <li>– vždy s klientem hovoř v úrovni jeho očí</li> <li>– v rozhovoru s ním vol jednoduché otázky</li> <li>– vynucující si odpovědi „ano“ nebo „ne“</li> <li>– aktivně se klienta ptej na základní potřeby (tekutiny, jídlo, WC atd.)</li> <li>– nacvičuj s klientem dorozumívací gesta, tyto již neměň, používej vždy stejná</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– při každém jídle nemocnému asistuj, vypomáhej (viz dg. č. 01)</li> <li>– vypomáhej nemocnému s mytím, osobní hygienou, oblékáním a úpravou pomůcky mu ponechávej na dosah ruky</li> <li>– při každém kontaktu s klientem se ptej, zda nepotřebuje pomoc</li> <li>– poskytni mu vhodné inkontinenční pomůcky a v pravidelných intervalech je kontroluj (viz dg. č. 05 a 06)</li> <li>– pomáhej nemocnému s přepravou na toaletu, event. poskytni podložní mísu, zajisti mu soukromí při vyprazdňování</li> </ul>	<p><i>Hodnocení při každé denní i noční službě.</i></p> <p><i>Hodnocení jednou za měsíc.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 05</b>  <b>Inkontinence moči úplná</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  omezená mobilita, neuropatická porucha v rámci základního onemocnění  <u>projevy/příznaky:</u>  nutnost používání inkontinenčních plen a dalších pomůcek, vůlí neovlivnitelný a nepředvídatelný únik moči</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient má k dispozici dostatek vhodných inkontinenčních pomůcek</li> <li>– jsou minimalizovány nelibé pocity nemocného spojené s únikem moči</li> <li>– je zajištěna prevence komplikací inkontinence</li> <li>– je zajištěna důstojnost nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– v pravidelných intervalech kontroluj stav inkontinenčních pomůcek (á 3 hod.), monitoruj jejich absorpci</li> <li>– zajišť dokonalou hygienickou péči při výměně inkontinenčních pomůcek</li> <li>– sleduj stav pokožky, zajišť preventivní servis vzniku opruzenin a dalších komplikací</li> <li>– zajišť a respektuj intimitu při manipulaci s nemocným</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc.</i></p>
<p><b>dg. č. 06</b>  <b>Inkontinence stolice</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  omezená mobilita, neuropatická porucha v rámci základního onemocnění  <u>projevy/příznaky:</u>  nutnost používání inkontinenčních plen a dalších pomůcek, vůlí neovlivnitelný a nepředvídatelný únik stolice</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– viz oš. dg. č. 05 se zaměřením na stolici</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o frekvenci a jakosti stolice</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– viz oš. dg. č. 05 se zaměřením na stolici</li> <li>– frekvenci, množství, barvu a konzistenci dokumentuj</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 07</b>  <b>Výživa porušená, nedostatečná</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  souvinnost se základním onemocněním, susp. nadměrný energetický výdej  <u>projevy/příznaky:</u>  kachexie, enormní motorická aktivita, BMI: 13,42</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– je minimalizována progresa kachexie klienta, vč. labor. známek malnutrice</li> <li>– klient má a sní dostatek stravy s hyperkalorickými přídávky</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o vývoji tělesné hmotnosti nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– konzultuj možnosti s nutriční terapeutkou, ve smyslu hyperkalorické diety, vč. přídávků</li> <li>– zajisti klientovi vhodné doplňky stravy (Nutridrink, Fresubin)</li> <li>– jednou týdně (pondělí) měř klientovu hmotnost, počítej BMI, vše dokumentuj</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou týdně.</i></p>
<p><b>dg. č. 08</b>  <b>Zmatenost chronická</b>  <u>důvody/příčiny:</u>  demenace při Huntingtonově nemoci, neurodegenerativní změny CNS  <u>projevy/příznaky:</u>  kognitivní dysfunkce, degradace osobnosti, porucha krátkodobé i dlouhodobé paměti</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zachování bezpečnosti klienta</li> <li>– maximální možná nezávislost nemocného, v rámci jeho schopností</li> <li>– přiměřená adaptace klienta na okolí, prostředí, terapeutický režim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zajisti a udržuj nemocnému klidné a bezpečné prostředí, ve kterém se nachází</li> <li>– všiměj si projevů nelibosti nemocného, snaž se odstranit negativní stimuly</li> <li>– zajisti nutné pomůcky na dosah ruky</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou měsíčně.</i></p>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<b>dg. č. 09</b> <b>Koží integrita porušená</b> <u>důvody/příčiny:</u> unikající sliny a strava z úst, dermatitida v oblasti <u>projevy/příznaky:</u> zarudlá, exematozní pokožka v okolí úst, nosu a na tvářích	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pokožka v oblasti nemocného nejví známky dermatitidy</li> <li>– klient nemá nepřijemné subjektivní příznaky dermatitidy</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zajisti u nemocného dokonalou očistu a osušení obličeje po každém jídle, pití</li> <li>– sleduj, event. oří unikající sliny nebo stravu z úst</li> <li>– ošetřuj obličej dle ordinace kožního lékaře</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc.</i>
<b>dg. č. 10</b> <b>Imobilizační syndrom, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> imobilita v rámci základního onemocnění <u>projevy/příznaky:</u> celkový vzhled nemocného, poloha, ne/schopnost mobility	<ul style="list-style-type: none"> <li>– u klienta jsou eliminovány známky imobilizačního syndromu; dekubity, zácpa, stáza bronchiálních sekretů, trombóza, uroinfekce, retence moči, pokles svalové síly, ortostatická hypotenze, kontraktury, bezmocnost...</li> <li>– klient má zajištěn preventivní program vzniku imobilizačního syndromu a přidružených komplikací</li> <li>– je zachována důstojnost klienta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– monitoruj známky imobilizačního syndromu, reaguj na změny, p. p. informuj lékaře</li> <li>– postupuj dle oš. dg. č. 01, 02, 07, 11 atd. měř a dokumentuj fyziologické funkce nemocného min. 1x denně</li> <li>– hodnot kvalitu a dostatečnost dýchání, všiměj si známek nedokrevnosti na perifériích</li> <li>– při manipulaci udržuj s klientem verbální kontakt</li> <li>– všiměj si nonverbálních projevů diskomfortu, nepohodlí, bolesti...</li> <li>– respektuj intimitu nemocného při jakémoliv manipulaci s ním</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>

# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	hodnocení
<p><b>dg. č. 11</b>  <b>Tělesné tekutiny, riziko deficitu</b>  <u>důvody/příčiny:</u>                      snížená potřeba tekutin v rámci demence, susp. snížený pocit žízně, komunikační bariéra  <u>projevy/příznaky:</u>                      samostatná spotřeba tekutin omezená, neschopnost si tekutiny samostatně opatřit</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient denně vypije min. 2 litry tekutin</li> <li>– u klienta nedojde ke komplikacím v souvislosti se sníženým příjmem tekutin</li> <li>– sestra/ošetřovatel má přehled o bilanci tekutin (orientačně)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– poskytuj nemocnému tekutiny na dosah ruky a v dostatečném množství lahvičky se savičkou, vybízej k jejich příjmu</li> <li>– zaznamenávej množství tekutin, které pacientovi podáš za 24 hodin</li> <li>– sleduj, zda nemocný má přiměřený výdej</li> <li>– všiměj si známek případné hypohydratione (např. ortostatická hypotenze, tachykardie)</li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc, denně příjem tekutin.</i></p>
<p><b>dg. č. 12</b>  <b>Aspirace, zvýšené riziko</b>  <u>důvody/příčiny:</u>                      porucha polykání v rámci základního onemocnění  <u>projevy/příznaky:</u>                      závažné aspirace v anamnéze, pozorování při stravování</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– u klienta je případná aspirace eliminována nebo včas zjištěna</li> <li>– sestra/ošetřovatel zná metody, jak v případě aspirace postupovat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– postupuj dle plánu u dg. č. 01</li> <li>– osvoj si techniky zvládnutí stavu v případě aspirace potravy nemocným  <i>např. Heimlichova metoda: „Ohněte pacienta dopředu, vložte mu hlavu mezi kolena, postavte se k pacientovi trochu ze strany a podepřete ho vlastním tělem a pažemi. Udeřte pacienta několikrát krátké a silné hranou ruky nebo pěsti mezi lopatky. Opakujte to.“</i>  <i>(Dommerholt, Walker, 1996, s. 84)</i></li> </ul>	<p><i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i></p>



# STANOVENÍ OŠETŘOVATELSKÝCH DIAGNÓZ, PLÁN PÉČE

ošetřovatelská diagnóza	cíl ošetřovatelské péče	ošetřovatelské intervence	Hodnocení
<b>dg. č. 13</b> <b>Poranění, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> mimovolní pohyby (chorea, dystonie), omezená mobilita <u>projevy/příznaky:</u> nemožnost samostatné vertikalizace, nejistota a nestabilita, riziko pádu	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient se neporaní</li> <li>– prostředí, ve kterém se nemocný pohybuje, bude bezpečné</li> <li>– sestra/ošetřovatel bude mít přehled o pohybu a poloze nemocného</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klienta umístí do prostorné ložnice co nejbliže pracovní sester s možností udržení vizuálního kontaktu, zajistí mu bezbariérové prostředí</li> <li>– postupuj dle plánu k oš. dg. č. 02</li> <li>– při každém kontaktu s nemocným zjistí, zda není třeba upravit bezpečnost prostředí (postranice u lůžka, fixace atd.)</li> </ul>	<i>Hodnocení jednou za měsíc, při zásadní změně ihned.</i>
<b>dg. č. 14</b> <b>Intoxikace, zvýšené riziko</b> <u>důvody/příčiny:</u> užívání medikace dle příslušné ordinace lékaře, deficit kognitivních schopností <u>projevy/příznaky:</u> možný výskyt nežádoucích účinků či negativní interakce (dle charakteristik v příbalovém informačním letáku)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– klient nemá příznaky odpovídající popisovaným i jiným komplikacím při léčbě</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– všimeme si možného výskytu nežádoucích účinků podávané medikace, ptej se nemocného na subjektivní vnímání léčby</li> <li>– zajisti u klienta případná režimová opatření k podávané medikaci</li> </ul>	<i>Hodnocení podle potřeby, při zásadní změně ihned.</i>

